L'expérience de participation des groupes de femmes dans la planification régionale des services sociaux et de santé au Québec

Jocelyne Bernier, Bilkis Vissandjée, Marlène Dallaire

Condition feminine Canada
Status of Women Canada

Canada

L'expérience de participation des groupes de femmes dans la planification régionale des services sociaux et de santé au Québec

Jocelyne Bernier, Bilkis Vissandjée, Marlène Dallaire

pour le

Centre d'excellence pour la santé des femmes -

Consortium Université de Montréal

La recherche et la publication de la présente étude ont été financées par le Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada. Les opinions exprimées sont celles des auteures et ne reflètent pas nécessairement la politique officielle de Condition féminine Canada ou du gouvernement du Canada.

Mai 2003

Condition féminine Canada se fait un devoir de veiller à ce que toutes les recherches menées grâce au Fonds de recherche en matière de politiques adhèrent à des principes méthodologiques, déontologiques et professionnels de haut niveau.
Chaque rapport de recherche est examiné par des spécialistes du domaine visé à qui on demande, sous le couvert de l'anonymat, de formuler des commentaires sur les aspects suivants :

- l'exactitude, l'exhaustivité et l'actualité de l'information présentée;
- la mesure dans laquelle la méthodologie et les données recueillies appuient l'analyse et les recommandations;
- l'originalité du document par rapport au corpus existant sur le sujet et son utilité pour les organisations oeuvrant pour la promotion de l'égalité, les groupes de défense des droits, les décisionnaires, les chercheuses ou chercheurs et d'autres publics cibles.

Condition féminine Canada remercie toutes les personnes qui participent à ce processus de révision par les pairs.

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque nationale du Canada

Bernier, Jocelyne, 1946-

L'expérience de participation des groupes de femmes dans la planification régionale des services sociaux et de santé au Québec

Texte en anglais et en français disposé tête-bêche.
Titre de la p. de t. addit. : The participation experience of women's groups in regional health and social services planning in Quebec.
Comprend des références bibliographiques.
Publ. aussi sur l'Internet.

ISBN 0-662-67289-5
No de cat. SW21-106/2003

1. Santé, Services communautaires de – Québec (Province) – Planification.
2. Santé, Services communautaires de – Québec (Province) – Participation des citoyens.
3. Femmes – Santé, Services de – Québec (Province)
I. Vissandjée, Bilkis.
II. Dallaire, Marlène.
III. Canada. Condition féminine Canada.
IV. Titre : The participation experience of women's groups in regional health and social services planning in Quebec.

RA450.Q4B47 2003 362.1'082'09714 C2003-980135-7F

Gestion du projet : Julie Cool et Jo Anne de Lepper, Condition féminine Canada
Coordination de l'édition : Cathy Hallessey, Condition féminine Canada
Révision et mise en page : PMF Services de rédaction inc./ PMF Editorial Services Inc.
Traduction : Société Gamma inc.
Lecture comparative : William Hart
Coordination de la traduction : Monique Lefebvre, Condition féminine Canada
Contrôle de la qualité de la traduction : Jane Butler

Pour de plus amples renseignements veuillez communiquer avec la :
Division de la recherche
Condition féminine Canada
123, rue Slater, 10e étage
Ottawa (Ontario) K1P 1H9
Téléphone : (613) 995-7835
Télécopieur : (613) 957-3359
ATME : (613) 996-1322
Courriel : research@swc-cfc.gc.ca

Ce document est aussi accessible sur le site Web de Condition féminine Canada à l'adresse : http://www.swc-cfc.gc.ca/

SOMMAIRE

Cette étude exploratoire examine l'expérience de participation de groupes de femmes dans la planification régionale des services sociaux et de santé au Québec, dans le but de cerner les difficultés et les succès dans leurs rapports avec les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS). Les engagements en matière de condition féminine inscrits dans les plans régionaux d'organisation des services pour la période 1998-2002 et la structure organisationnelle mise en place par les RRSSS pour assurer le suivi de la mise en oeuvre de ces engagements sont d'abord présentés. Ensuite, une analyse descriptive-comparative de la situation dans quatre régions retenues pour leur diversité permet de contraster les dynamiques intra-régionales et de dégager des indices relatifs aux différences observées dans la planification et la programmation des services et dans les interactions des RRSSS avec des groupes de femmes. Enfin, des recommandations, en matière de stratégies de promotion de l'égalité entre les sexes dans la planification régionale en santé et services sociaux, à l'intention du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), des RRSSS et des regroupements régionaux de groupes de femmes sont amenées en conclusion.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX iii

LISTE DES ABRÉVIATIONS iv

PRÉFACE v

REMERCIEMENTS vi

RÉSUMÉ vii

1. INTRODUCTION 1

2. CONTEXTE 3
   La régionalisation de l'organisation des services sociaux et de santé 3
   Les conséquences de la réforme du système de santé pour les femmes 5
   L'analyse différenciée selon les sexes et la planification régionale en santé 7
   La participation des groupes de femmes dans les structures régionales 9

3. MÉTHODOLOGIE 12
   La collecte des données 12
   L'analyse des données 17

4. RÉSULTATS 20
   Les engagements inscrits dans les PROS 1998-2002 en regard du dossier de la condition de vie des femmes 20
   La structure organisationnelle des RRSSS en regard du dossier de la condition de vie des femmes 24
   Études de cas dans quatre régions du Québec 26

5. QUELQUES ÉLÉMENTS PERMETTANT D'ÉCLAIRER DES PISTES STRATÉGIQUES 51
   Enseignements tirés de l'expérience dans une cinquième région 53
   Les changements dans la gouverne du réseau sociosanitaire au Québec 55

6. SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS 57
   Recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 57
   Recommandations aux régies régionales de la santé et des services sociaux 59
   Recommandations aux regroupements de femmes 60

ANNEXES :
A : Liste des régions sociosanitaires du Québec 62
B : Questionnaire adressé aux régies régionales 63

C : Situation des répondantes et des comités aviseurs en condition de vie des femmes dans les régies régionales de la santé et des services sociaux 69
D : Questionnaire adressé aux participantes des groupes de discussion 72
E : Guides d'entrevue 75

BIBLIOGRAPHIE 80

NOTES 87

LISTE DES TABLEAUX

1 Critères de classement des régies pour les études de cas 14
2 Entrevues et groupes de discussion 18
3 Domaines d'activité des organismes communautaires dont sont issues les participantes aux groupes de discussion 27

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADS	Analyse différenciée selon les sexes
AFÉAS	Association féminine d'éducation et d'action sociale
CA	Conseil d'administration
CAR	Conférence administrative régionale (structure interministérielle régionale)
CESAF	Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal
CFC	Condition féminine Canada
CH	Centre hospitalier
CLSC	Centre local de services communautaires
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CRD	Conseil régional de développement
CRSSS	Conseil régional de la santé et des services sociaux
CSF	Conseil du statut de la femme du Québec
DSP	Direction de la santé publique
MRC	Municipalité régionale de comté
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PROS	Plan régional d'organisation des services
PSBE	Politique de la santé et du bien-être
PWHCE	Prairies Women's Health Centre of Excellence
RIOCM	Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal
ROCQ	Regroupement des organismes communautaires de Québec
RQASF	Réseau québécois d'action pour la santé des femmes
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
TROC ou CROC	Table régionale des organismes communautaires ou Coalition régionale des organismes communautaires

PRÉFACE

Une bonne politique gouvernementale est fonction d'une bonne recherche en matière de politiques. C'est pour cette raison que Condition féminine Canada a établi le Fonds de recherche en matière de politiques en 1996. Il appuie la recherche indépendante en matière de politiques sur des enjeux liés au programme gouvernemental qui doivent faire l'objet d'une analyse comparative entre les sexes. L'objectif visé est de favoriser le débat sur les enjeux liés à l'égalité des sexes et de permettre aux personnes, groupes, stratégistes et analystes de politiques de participer plus efficacement à l'élaboration des politiques.

La recherche peut porter sur des enjeux nouveaux et à long terme, ou sur des questions urgentes et à court terme dont l'incidence sur chacun des sexes requiert une analyse. Le financement est accordé au moyen d'un processus d'appel de propositions ouvert et en régime de concurrence. Un comité externe, non gouvernemental, joue un rôle de premier plan dans la détermination des priorités de la recherche, le choix des propositions financées et l'évaluation du rapport final.

Le présent document de recherche en matière de politiques a été suggéré et conçu dans le cadre d'un appel de propositions lancé en septembre 1999 sur le thème *Où sont les femmes? Changements des discours touchant les politiques.* Dans le cadre de ce thème, les chercheuses et les chercheurs devaient examiner les changements dans les discours de politique gouvernementale afin d'en prévoir les répercussions sur les enjeux liés à l'égalité entre les sexes et d'élaborer des stratégies pour faire en sorte que les discours prennent en compte et servent les intérêts des femmes.

Les projets de recherche financés par Condition féminine Canada portant sur ce thème examinent des sujets comme les discours sur les soins maternels en situation de crise, la pauvreté enfantine, la réussite scolaire des garçons et des filles ainsi que les stratégies de promotion de l'égalité entre les sexes aux fins de la planification régionale.

Nous remercions les chercheuses et les chercheurs de leur apport au débat sur les politiques gouvernementales.

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche tient à remercier d'abord les tables régionales des groupes de femmes qui ont généreusement accepté de collaborer à cette étude. Cette recherche n'aurait pas été possible sans la participation d'informatrices issues de groupes de femmes de différentes régions du Québec, notamment des femmes membres des comités aviseurs en condition de vie des femmes ou des conseils d'administration des régies régionales de la santé et des services sociaux, et de professionnel-les, cadres ou responsables en condition de vie des femmes dans ces mêmes régies. Nous les remercions chaleureusement

Nous voulons également souligner la précieuse contribution des membres du comité d'orientation du projet de recherche qui ont soutenu l'équipe de recherche de leurs avis et conseils judicieux et utiles tout au long de la démarche : Michèle Asselin de L'R des Centres de femmes du Québec, Mariangela Di Domenico, responsable de la région de Montréal au Conseil du statut de la femme du Québec, Jane Jenson, professeure titulaire en science politique à l'Université de Montréal, et Rose-Marie Mayetela, de l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux.

Nous remercions enfin les responsables du Fonds de recherche en matière de politiques de Condition féminine Canada d'avoir rendu possible cette étude.

- Jocelyne Bernier, professionnelle de recherche
- Marlène Dallaire, professionnelle de recherche
- Bilkis Vissandjée, professeure agrégée, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

RÉSUMÉ

Différents échelons de gouvernement au Canada ont pris des engagements en matière de condition féminine et des outils ont été élaborés pour soutenir l'intégration d'une analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans l'élaboration et l'évaluation des politiques. Au Québec, le gouvernement a mis au point une stratégie d'implantation de l'ADS qui s'appuie sur des expériences pilotes réalisées notamment au ministère de la Santé et des Services sociaux. Toutefois, les politiques ministérielles qui touchent les conditions de vie des femmes ne trouvent pas toujours écho dans la planification régionale en santé et services sociaux et les conséquences néfastes des transformations du système de santé, sur les femmes de diverses conditions, ont été dénoncées par plusieurs regroupements de femmes. Comment comprendre cet écart entre des orientations et des politiques visant à tenir compte des différences entre les sexes et le peu de place qui leur est accordée dans l'organisation des services sociaux et de santé?

Cette étude exploratoire examine l'expérience de participation des groupes de femmes dans la planification régionale des services sociaux et de santé au Québec, dans le but de comprendre les difficultés et les succès dans leurs rapports avec les régies régionales de la santé et des services sociaux (RRSSS). Cet examen ne se limite pas aux consultations qui ont accompagné la production des plans régionaux d'organisation des services (PROS). Les engagements en matière de condition féminine inscrits dans les PROS pour la période 1998-2002 et la structure organisationnelle mise en place par les RRSSS pour assurer le suivi de la mise en oeuvre de ces engagements sont d'abord présentés. Quatre études de cas plus détaillées des dynamiques entre des regroupements régionaux de groupes de femmes et les RRSSS ont été réalisées. L'appréciation de ces dynamiques s'appuie notamment sur les perceptions d'intervenantes issues d'organismes qui oeuvrent auprès des femmes dans chaque région, de femmes représentantes du mouvement communautaire au sein des conseils d'administration des RRSSS, de cadres responsables de la planification ou des relations avec la population et de répondantes en condition de vie des femmes dans les RRSSS.

Une analyse descriptive-comparative de la situation dans chacune des régions retenues a permis :

1) de contraster les dynamiques intra-régionales;
2) de dégager des indices pour comprendre les différences observées dans la planification et la programmation des services au sein des RRSSS ayant fait l'objet des études de cas d'une part, et dans les interactions avec les groupes de femmes d'autre part;
3) d'examiner les ressemblances et les différences au niveau des processus mis en place dans chacune des RRSSS, pour tenir compte des préoccupations des groupes de femmes dans la planification et le suivi des PROS;
4) de formuler des recommandations sur les stratégies de promotion de l'égalité entre les sexes dans la planification régionale en santé et services sociaux, à l'intention du MSSS, des RRSSS et des regroupements régionaux de groupes de femmes.

Dans un contexte où le mouvement des femmes est très actif dans le domaine de la santé, des facteurs comme les structures organisationnelles, les ressources disponibles et les mécanismes de communication des RRSSS avec les différents groupes de femmes, ont aussi un effet significatif sur l'insertion des préoccupations des groupes de femmes et des besoins spécifiques des femmes dans la planification et l'organisation des services sociaux et de santé. L'analyse de l'expérience de participation des groupes de femmes dans la planification régionale en santé aboutit à deux types de recommandations :

- certaines ont trait à l'application de l'ADS dans la révision de la Politique de la santé et du bien-être et des Priorités nationales de santé publique, qui orientent la planification régionale, et à l'inscription d'engagements précis pour répondre aux besoins spécifiques des femmes dans les prochains PROS. La diffusion des résultats des expérimentations en cours au MSSS sur l'application de l'ADS devrait s'accompagner d'un guide pratique d'application de l'ADS à l'intention des responsables de la planification régionale en santé et services sociaux et d'une formation à l'intention des conseils d'administration et des professionnel-les des RRSSS.

- D'autres recommandations mettent en évidence la nécessité de doter les RRSSS de structures et de ressources afin d'assurer la coordination et le suivi des engagements inscrits dans les PROS, notamment des comités aviseurs et des répondantes en condition de vie des femmes rattachés aux directions générales des RRSSS. La contribution et l'expertise des groupes de femmes dans ces processus devraient également être reconnues par le versement d'une compensation pour les représentantes des groupes de femmes membres des comités aviseurs régionaux en condition de vie des femmes.

1. INTRODUCTION

Au cours de la dernière décennie, des préoccupations portées par le mouvement des femmes ont été inscrites dans certaines orientations, politiques ou programmes spécifiques mis en place par le gouvernement du Québec, notamment en matière de périnatalité en 1993, de violence conjugale et d'agressions sexuelles en 1995 et de dépistage du cancer du sein en 1998. Ces politiques visent à améliorer les services sociaux et de santé destinés aux femmes, en tenant compte de leurs conditions de vie et de leurs besoins spécifiques. Par contre, de plus en plus de groupes de femmes et d'analystes préoccupés par la promotion de l'égalité entre les sexes dénoncent les effets sur les femmes de la réforme du système de santé réalisée dans les 10 dernières années au Québec et dans d'autres provinces canadiennes (Armstrong et coll., 2001).

Au Québec, la Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux, qui réunit plusieurs groupes de femmes, organismes communautaires et syndicats, observe que : « le virage ambulatoire[1], ce sont les femmes qui en ont payé et continuent d'en payer le prix, comme usagères, comme aidantes et bénévoles et comme travailleuses...[c'est un] retour en force de l'idéologie familialiste, [une] avancée de la privatisation [et un] recul de la démocratisation » (Coalition féministe, 1998, p. 74-75). Pour sa part, le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes constate que : « la majorité des politiques en santé des femmes... sont peu ou pas connues. Elles sont mal publicisées, peu vulgarisées ou non appliquées. De plus, la concrétisation de ces politiques par des services est souvent absente ou invisible » (RQASF, 1999, p. 15).

Comment s'explique cet écart entre, d'une part, des politiques visant à répondre aux besoins spécifiques des femmes en matière de santé et, d'autre part, les effets néfastes de la réforme du système de santé qui tendent à accentuer les inégalités entre les sexes? Divers réseaux de groupes de femmes sont d'avis que la réalisation des engagements pris par les deux échelons de gouvernement, fédéral et provincial, lors de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes de Beijing en 1995, à l'effet d'intégrer l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans l'élaboration et l'évaluation des politiques, se fait toujours attendre dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Au Québec, le MSSS s'est doté d'*Orientations en matière de condition féminine* (Québec, MSSS, 1991) pour la période 1992-2000 et d'un *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes* (Québec, 1998) avant d'élaborer les plans régionaux d'organisation des services (PROS), dont la mise en oeuvre relève des RRSSS et qui couvrent la période 1998-2002[2]. En 1997, le MSSS a également amorcé un projet pilote visant l'intégration progressive de l'ADS dans les orientations et politiques ministérielles en ce qui concerne les services aux personnes âgées en perte d'autonomie, projet qui se termine en 2003.

Malgré les orientations énoncées et les démarches en cours au niveau du ministère, les PROS présentent un portrait disparate en ce qui concerne la considération des conditions

de vie des femmes et les réponses à leurs besoins spécifiques. L'analyse des processus de planification et de suivi des PROS peut-elle contribuer à la compréhension de cet écart entre certaines des orientations ministérielles et l'organisation des services dans les régions? Quel bilan tirer de l'expérience de participation d'intervenantes issues des groupes de femmes, à ces processus?

Le but de cette étude exploratoire est d'examiner les difficultés et les succès des regroupements régionaux de groupes de femmes dans leurs rapports avec les RRSSS. Une analyse des PROS et de la structure organisationnelle de 16 des 18 RRSSS, en regard du dossier de condition féminine, est d'abord présentée; ces premières observations sont complétées par une étude des dynamiques dans quatre régions qui se distinguent les unes des autres sous ces deux aspects. L'analyse de ces expériences sert d'assise à l'identification de pistes d'action pouvant soutenir l'intégration des besoins particuliers des femmes dans la planification régionale en santé et services sociaux. Des recommandations s'adressant aux différentes parties concernées sont présentées en conclusion.

2. CONTEXTE

La régionalisation de l'organisation des services sociaux et de santé

Au Québec, le réseau public de la santé et des services sociaux a été établi au début des années 1970[3]. La réorganisation des services, inspirée du rapport de la Commission Castonguay-Neveu (1966-1971), s'est caractérisée par une association systématique des services de santé avec les services sociaux, la création d'un ministère des Affaires sociales et l'attribution d'importants pouvoirs au ministre en vue d'assurer une accessibilité universelle aux services et de rationaliser le fonctionnement du système (Bergeron et Gagnon, 1994). La régionalisation et la participation de la population sont apparues alors comme des moyens importants pour améliorer la qualité et l'efficience des services (Turgeon et Anctil, 1994; Laterrière et Voyer, 1995). Des conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS) ayant un mandat consultatif ont ainsi été créés dès 1971 et la porte a été ouverte partiellement à la participation de la population dans l'administration des établissements et des organismes régionaux du réseau public de la santé et des services sociaux.

Au cours des années 1980, le système de santé et de services sociaux a dû s'ajuster à de nombreuses transformations dans la société. Les progrès techniques, l'évolution démographique, la croissance de l'immigration et de la diversité ethnoculturelle, la disponibilité accrue de l'information sur la santé et le développement de nouvelles valeurs favorisant le maintien de personnes fragiles dans leur milieu ont exigé une adaptation des services à des besoins de plus en plus diversifiés. Ces changements, de même que de graves problèmes de gestion, ont contribué également à remettre en question la planification centralisée du système de santé. Par ailleurs, des analyses ont montré que les conditions de vie ont une incidence plus forte sur l'état de santé de la population que l'organisation des services sociosanitaires et que l'amélioration de la santé n'est pas liée nécessairement à l'augmentation du coût du système de soins (Evans et Stoddart, 1990; Evans, Barrer et Marmor, 1994). L'endettement des pays occidentaux et la croissance des dépenses consacrées à la santé sont devenus un enjeu politique dans les années 1990 d'autant plus au Canada, où le système de santé accapare une part de la richesse collective plus élevée que dans d'autres pays industrialisés (Contandriopoulos, 1991; Deber et Swan, 1998).

C'est dans ce contexte[4] qu'une autre réforme du système de santé et de services sociaux s'est amorcée au début des années 1990, dans la foulée du rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission Rochon)[5]. La Commission a conclu notamment à l'échec de la démocratisation du système de santé québécois et elle a proposé de renforcer la participation de la population aux mécanismes décisionnels. Elle recommandait, entre autres, la décentralisation accrue des décisions en faveur des régies régionales avec un pouvoir de taxation et l'élection des dirigeants, mais ces deux derniers points n'ont pas été retenus par le gouvernement du Québec.

La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* adoptée en 1991 a créé 18 RRSSS pour remplacer les CRSSS[6]. En vertu de la Loi, les RRSSS ont le mandat :

1) d'assurer la participation de la population à la gestion du réseau public...
2) d'élaborer les priorités de santé et de bien-être en fonction des besoins de la population de leur région...
3) d'établir des plans d'organisation des services et d'évaluer l'efficacité des services dans leur territoire...
4) d'allouer les budgets destinés aux établissements et les subventions aux organismes communautaires...
5) d'assurer la coordination des activités des médecins...des établissements et des organismes communautaires...
6) de mettre en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
7) d'assurer une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à leur disposition. (Québec, L.R.Q., chap. S-4.2, art. 340).

Cette loi instituait des assemblées régionales composées de membres provenant de divers collèges électoraux, permettant ainsi aux établissements publics, aux municipalités, aux organismes communautaires, aux organismes socio-économiques et autres groupes intéressés d'exprimer leurs attentes et d'avoir voix au chapitre dans les décisions de la RRSSS. Les assemblées régionales étaient chargées d'élire, tous les trois ans, les membres des conseils d'administration des RRSSS et d'approuver les priorités régionales de même que les rapports annuels d'activités des RRSSS. Les assemblées régionales n'ont vécu que quelques années : elles ont été abolies en juin 1996.

Les RRSSS doivent élaborer et mettre en oeuvre les PROS en collaboration avec les établissements et les organismes communautaires ainsi qu'avec les représentants des secteurs d'activités ayant un impact sur la santé (Québec, L.R.Q., chap. S-4.2, art. 346). Toutefois, l'initiative des régies régionales dans la planification des services sociaux et de santé est encadrée par la *Politique de la santé et du bien-être* adoptée en 1992; de plus, les grandes orientations financières sont décidées par le MSSS et les PROS doivent être soumis à l'approbation du ministre. Le Ministère conserve donc ses pouvoirs d'élaboration des politiques et de réglementation (Turgeon et Anctil, 1994).

C'est dans ce contexte que les RRSSS ont préparé leurs premiers PROS, pour la période 1995-1998, avec l'objectif d'atteindre les cibles budgétaires fixées par le MSSS. Les premières planifications régionales centrées sur la restructuration du réseau public de santé et de services sociaux ont été suivies d'une deuxième phase visant à consolider les transformations au cours de la période de 1998 à 2002[7].

Les conséquences de la réforme du système de santé pour les femmes

La réforme des systèmes de santé dans l'ensemble des provinces canadiennes et dans divers pays développés revêt plusieurs traits communs visant à transformer les modes d'organisation des services afin de réduire les dépenses publiques. Bien que des différences subsistent dans l'organisation du système de santé de chaque province au Canada, régionalisation des structures et compressions des dépenses sont deux axes majeurs de la réforme des systèmes de santé amorcée au cours des années 1990. Le cadre financier est en bonne partie imposé par la réduction du financement fédéral en santé, dont les premiers jalons ont été posés en 1982, mais qui s'est accélérée avec une diminution majeure des paiements de transferts aux provinces au milieu des années 1990[8].

Le gouvernement québécois, qui réclame un rétablissement des paiements de transferts fédéraux, a sabré le financement public du système de santé. Le budget du gouvernement québécois en matière de santé et de services sociaux est passé de 13,17 milliards de dollars en 1994-1995 à 12,61 milliards de dollars en 1997-1998, au moment où débutent les planifications régionales examinées dans cette étude. Cette baisse correspond à une diminution des dépenses publiques annuelles par personne de 1 692 dollars à 1 608 dollars, alors que la moyenne canadienne est estimée à 1 821 dollars en 1997-1998. Sur une plus longue période, on constate que le Québec a réduit la part du financement public dans la santé et les services sociaux de 81,5 p. 100 en 1980 à 69,1 p. 100 en 1998, réalisant ainsi la triste performance de passer de la portion de financement public la plus forte parmi les provinces canadiennes en 1980 à l'une des plus faibles en 1998 (Bernier et Dallaire, 2000). Faut-il s'étonner que les femmes, qui gagnent moins que les hommes et qui consultent davantage les services de santé, sont particulièrement affectées par ces compressions?

La réforme du système de santé implantée au Québec au cours des années 1990 est appelée « virage ambulatoire »; elle met l'accent sur des approches alternatives au traitement en institution avec l'augmentation des chirurgies d'un jour, l'accroissement des services ambulatoires, la réduction de la durée des séjours hospitaliers, le transfert de soins vers le milieu de vie et le maintien à domicile de personnes qui ont des incapacités plus graves (Québec, MSSS, 1994). Elle a pour but de favoriser l'intégration et la complémentarité des services et de promouvoir la concertation entre les établissements, avec en toile de fond l'objectif d'améliorer l'efficience du réseau dans son ensemble. Alors que le Québec accusait un retard sur ce plan comparativement aux autres provinces canadiennes, ce « virage » a été négocié à haute vitesse et dans un contexte de contraintes financières, sans réinvestir suffisamment dans les services à domicile (Bernier et Dallaire, 2000).

Cette réforme est souvent présentée comme neutre du point de vue des rapports entre les sexes. Toutefois, plusieurs travaux, tant au Canada et qu'à l'étranger, ont montré que la non-reconnaissance des différences entre les femmes et les hommes a eu des effets négatifs sur la situation de plusieurs femmes qui utilisent et qui dispensent les soins dans le réseau public, dans les services privés, dans le milieu communautaire ou dans la famille. La réforme cause une détérioration des conditions de vie de nombreuses femmes et marque un recul au plan de

l'égalité entre les sexes (Armstrong, 1996, 1999; Coalition féministe, 1998; AFÉAS et coll., 1998; CSF, 1999; Bernier et Dallaire, 2000; Armstrong et coll., 2001).

Le transfert des responsabilités vers le domicile privé, qui découle des changements dans l'organisation des services, modifie de façon significative les rapports entre l'État, le réseau public, les services communautaires, les producteurs privés de services et les soins informels assurés essentiellement par les femmes dans la famille (Standing, 1999; Broom, 1999). En effet, avec la division des rôles sociaux entre les sexes, les femmes assument la majeure partie des soins aux personnes malades ou vivant avec des incapacités. À la suite des changements qui ont touché le réseau de la santé, plusieurs femmes assument des soins de plus en plus lourds et complexes auprès de leurs proches et elles portent un fardeau supplémentaire lorsque les mesures de soutien ou les alternatives concrètes à la prise en charge familiale ne sont pas organisées (AFÉAS et coll., 1998).

De plus, les compressions ainsi que les fusions et restructurations ont entraîné d'importantes coupures de personnel dans le réseau sociosanitaire, composé en grande majorité de femmes. Ces mesures ont bousculé les pratiques de soins, exacerbant l'instabilité, l'insécurité et l'épuisement dans les milieux de travail (Bourbonnais et coll., 1998; CSF, 1999). Les employés et les bénévoles actives dans les organismes communautaires du secteur de la santé et des services sociaux, où l'on retrouve également une majorité de femmes, doivent répondre à des demandes de services plus nombreuses et complexes provenant de personnes délaissées par des services publics débordés (ROCQ-03, 1997; AFÉAS et coll., 1998; RIOCM, 1998).

Par ailleurs, certaines conséquences de ce changement dans l'offre de services diffèrent selon les caractéristiques personnelles des femmes, leurs conditions de vie, leur âge, leur lieu de résidence, leur appartenance culturelle, etc. Par exemple, les enjeux concernant l'accessibilité des services sociaux et de santé sont plus accentués pour les femmes qui habitent les régions rurales éloignées des grands centres urbains (pénurie de médecins, problèmes de transport, etc.). La détérioration de la qualité des soins touche particulièrement les femmes âgées et les femmes handicapées qui vivent à domicile ou dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée. Enfin, l'adéquation des services aux besoins particuliers et aux valeurs de femmes issues de diverses communautés ethnoculturelles ou de groupes marginalisés est plus difficile à réaliser en période de réduction des ressources.

Les effets du virage ambulatoire sur les femmes soulèvent des questions sur la planification de l'organisation des services. Comment les besoins spécifiques des femmes sont-ils pris en compte dans les PROS? Quelles sont les contraintes des RRSSS dans leurs démarches de planification? Quelles étaient les interactions entre les régies régionales et les organismes qui interviennent sur les enjeux concernant les conditions de vie des femmes dans les régions?

L'analyse différenciée selon les sexes et la planification régionale en santé

L'analyse critique des politiques et programmes gouvernementaux, afin d'identifier s'ils répondent aux besoins spécifiques des femmes et s'ils perpétuent ou accentuent les inégalités entre les hommes et les femmes, est pratiquée par les féministes depuis quelques décennies. L'« analyse comparative entres les sexes » et l'« analyse différenciée selon les sexes » (ADS) sont des expressions d'usage plus récent. Elles sont utilisées surtout par rapport aux démarches initiées au sein des appareils gouvernementaux dans le but d'intégrer une perspective tenant compte des inégalités entre les sexes dans l'analyse des politiques[9]. Diverses initiatives en ce sens sont menées par le gouvernement fédéral et certaines provinces canadiennes, dont le Québec, notamment depuis les engagements en faveur de la promotion des droits des femmes pris lors de la Quatrième conférence mondiale sur les femmes tenue à Beijing en 1995[10].

Au gouvernement fédéral, il incombe à Condition féminine Canada (CFC) de promouvoir l'instauration d'une démarche d'analyse comparative entre les sexes; il a produit un guide d'intégration de cette analyse au processus d'élaboration des politiques, avec un outil relativement complexe comprenant huit étapes (Canada, CFC, 1996). Ce guide a été repris ou adapté par différents ministères, dont Santé Canada qui a préparé une *Stratégie pour la santé des femmes* (Canada, 1999). L'analyse comparative entre les sexes y est définie comme « un processus qui évalue les répercussions différentes des politiques, mesures législatives et programmes existants ou proposés sur les femmes et les hommes [et]... permet de mettre en place une politique tout en étant conscient des différences selon le sexe, de la nature des rapports entre les femmes et les hommes, de leurs réalités sociales, attentes et conditions économiques différentes. » (Canada, CFC, 1996, p. 4).

L'approche du gouvernement du Québec diffère quant à son orientation et à sa stratégie d'implantation, même si les deux niveaux de gouvernement poursuivent des objectifs semblables. Le gouvernement du Québec a adopté en 1993, une *Politique en matière de condition féminine* (Québec, 1993) avec un horizon de réalisation de 10 ans et des plans de mise en oeuvre établis sur une base triennale. Dans le cadre de son *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises* (Québec, 1997a), le gouvernement québécois a présenté un projet d'analyse différenciée selon les sexes[11]. La stratégie d'implantation, initiée par le Secrétariat à la condition féminine, relève d'un comité interministériel[12] et vise à mobiliser progressivement l'ensemble de l'appareil gouvernemental par des expériences pilotes. Cette démarche d'intégration de l'ADS dans les pratiques de l'appareil gouvernemental est un travail de longue haleine.

Dans le *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises*, l'ADS est définie comme « un processus qui vise à discerner de façon préventive, au cours de la conception et de l'élaboration d'une politique, d'un programme ou de toute autre mesure, les effets distincts que pourra avoir son adoption par le gouvernement sur les femmes et les hommes ainsi touchés, compte tenu des conditions socio-économiques qui les caractérisent » (Québec, 1997a, p.15). L'ADS y est présentée comme une approche génératrice de solutions en matière d'égalité entre les hommes et les femmes, reconnaissant que les politiques et programmes ne sont pas neutres et peuvent contribuer à reproduire les inégalités

systémiques entre les sexes. Son utilisation vise à favoriser non seulement une égalité de droit, mais surtout une égalité de fait entre les femmes et les hommes, ce qui peut conduire à l'élaboration de programmes spécifiques pour répondre aux réalités particulières de l'un ou l'autre sexe.

L'ADS met en perspective les rapports sociaux entre les sexes en tant que déterminant clé qui influence les conditions de vie, les facteurs de vulnérabilité, l'exposition à certains risques, l'utilisation des services, la réponse sociale des proches et des professionnels du réseau sociosanitaire aux besoins exprimés ainsi que la contribution des femmes dans la prestation des soins formels et informels. L'utilisation de données démographiques ou statistiques ventilées selon le sexe, bien que nécessaire, n'assure pas en soi l'application de l'ADS. L'ADS requiert de dépasser les seules comparaisons de données brutes pour examiner les conditions spécifiques aux femmes et aux hommes et pour identifier les problématiques qui affectent leur santé, afin d'y accorder l'attention nécessaire dans l'organisation des services et dans le choix des priorités, en vue de réduire les inégalités entre les hommes et les femmes (Broom, 1999; Standing, 1999).

Pour rendre compte de la diversité des situations que vivent les femmes, l'ADS doit ainsi considérer d'autres sources d'inégalités que le sexe, notamment la situation socio-économique, l'âge, les incapacités ou le lieu de résidence qui modulent l'état de santé et l'accès aux services (Zambrana, 1988; Standing, 1997; Teghtsoonian, 1999; Rankin et Vickers, 2001). La diversité des situations vécues par les femmes, qu'elle soit liée à la classe sociale, à l'orientation sexuelle ou aux spécificités régionales, culturelles, ethniques ou religieuses, rend l'application de l'ADS relativement complexe.

Dans le cadre de la démarche gouvernementale en condition féminine, le MSSS s'est doté d'*Orientations en matière de condition féminine 1992-2000* (Québec, MSSS, 1991). Il a également produit un *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes* (Québec, 1998), qui correspond, en bonne partie, à la période de planification 1998-2002 dans les RRSSS.

Dans le cadre de la stratégie gouvernementale d'implantation de l'ADS, le MSSS mène un projet pilote avec l'élaboration de lignes directrices pour les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, projet qui se terminera en 2003. Les *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* (2000a) reconnaissent effectivement la situation plus délicate des femmes âgées et mentionnent le soutien aux proches dans la gamme de services à offrir (Québec, MSSS, 2000). Cependant, en pratique, le Québec reste toujours la province canadienne qui alloue le moins de ressources aux services de soutien à domicile, laissant en grande partie le fardeau aux proches, des femmes en grande majorité.

Par ailleurs, le Conseil du statut de la femme du Québec a manifesté dès 1995 ses préoccupations quant à l'intégration des femmes et des dossiers de condition féminine dans les structures des régies régionales (Québec, CSF, 1995a, 1995b). L'ajout en 1997 d'une cinquième orientation à la politique en matière de condition féminine du gouvernement du Québec, intitulée *La place des femmes dans le développement des régions* (Québec, 1997b)

visait à renforcer l'application de la politique en matière de condition féminine dans le cadre de la régionalisation et invitait les instances régionales à adopter des mesures pour assurer la représentation des femmes dans l'analyse des besoins et la prise de décisions. Trois mécanismes sont proposés pour actualiser cette orientation : la mise en place de structures et de ressources en matière de condition féminine dans les institutions régionales (commissions, comités consultatifs, responsables de la coordination des dossiers de condition féminine); l'implantation de l'ADS dans les processus d'élaboration et d'évaluation des politiques; et le recours actif à « l'expertise régionale en matière de conditions de vie des femmes » détenue par les groupes de femmes locaux et régionaux (Québec, 1997b, p. 22-23).

Les groupes de femmes qui travaillent constamment sur le terrain avec les femmes de divers milieux jouent un rôle clé dans l'identification des besoins des femmes et la compréhension des effets spécifiques de certaines politiques sur les femmes. Toutefois, certains groupes soulèvent des inquiétudes particulières à l'idée de s'associer à cette démarche d'implantation de l'ADS : « L'ADS étant un outil de gestion, les groupes redoutent son impact sur leur autonomie par rapport à l'appareil étatique » (Kurtzman et de Sève, 2001, p.17); ils craignent d'être amenés à assumer « un rôle de sous-gestionnaires » qui requiert un niveau de connaissance et un outillage statistique qu'ils ne maîtrisent pas et qui drainent leurs ressources limitées pour répondre aux demandes d'expertise qui leur sont faites. De plus, en période de compressions budgétaires, certaines militantes redoutent que l'utilisation de l'ADS ne serve à réduire les fonds disponibles pour les projets destinés spécifiquement aux femmes au profit d'une redistribution vers des programmes destinés à une clientèle mixte ou uniquement masculine (Kurtzman et de Sève, 2001). Par exemple, certaines RRSSS ont proposé d'utiliser des fonds alloués aux services destinés aux femmes victimes de violence conjugale pour développer des ressources d'intervention auprès des hommes violents[13].

L'examen des PROS de 1998-2002 soulève des questions quant aux répercussions des orientations mises de l'avant au niveau des instances centrales du MSSS durant la même période. On peut également se demander si l'inscription d'une section traitant des conditions de vie des femmes dans certains PROS ne relèverait pas davantage des pressions exercées par les regroupements régionaux des groupes de femmes, tout comme des politiques sectorielles répondant à des besoins particuliers des femmes ne sont pas étrangères aux pressions exercées par le mouvement des femmes, notamment la Marche des femmes contre la pauvreté « Du pain et des roses » de 1995.

La participation des groupes de femmes dans les structures régionales

Durant les années 1990, le Conseil du statut de la femme (CSF) du Québec a fait diverses recommandations au MSSS concernant la participation des femmes et des groupes de femmes aux régies régionales (CSF, 1989, 1995a, 1995b). Le *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes* du MSSS (Québec, 1998) insiste également sur l'importance pour les Québécoises d'investir les lieux de décision dans les régions pour veiller que les choix collectifs tiennent compte des réalités différentes des femmes et des hommes.

Des regroupements régionaux de groupes de femmes se sont formés dans toutes les régions du Québec à partir du milieu des années 1980, pour rassembler les groupes de femmes autour de réflexions et d'actions à caractère régional. Ils « rassemblent en un même forum une variété de groupes locaux et régionaux qui aspirent, en principe et malgré les difficultés de la pratique, à un idéal de démocratie de participation. Établies autour de différents enjeux ayant trait aux conditions de vie et de travail des femmes, ces organisations cumulent un ensemble de connaissances et de pratiques diversifiées » (Masson, 2001, p. 101). Ces regroupements sont bien placés pour agir comme interlocuteurs des RRSSS dans la planification régionale en matière de santé, bien-être et conditions de vie des femmes.

Les RRSSS ont créé divers lieux de concertation avec les groupes de femmes qui détiennent une expertise au sujet des besoins particuliers des femmes. Dans plusieurs régions du Québec, il existe un comité aviseur sur les conditions de vie des femmes, une table de concertation régionale sur la violence et des comités de travail sur le cancer du sein. De façon générale, les groupes de femmes participent activement aux partenariats avec le réseau de la santé et des services sociaux (Latérière et Voyer, 1995; Couillard et Côté, 1997; Fournier et coll., 2001). Au sein du mouvement communautaire, les groupes de femmes sont les plus nombreux à consacrer plus de jours par mois aux activités de concertation, que ce soit dans les relations avec le réseau sociosanitaire, dans les coalitions au sein du mouvement communautaire ou dans les échanges entre groupes de femmes aux niveaux local, régional et national : 26,6 p. 100 des groupes de femmes y consacrent cinq jours et plus par mois (Fournier et coll., 2001). Ces auteurs ajoutent : « Comme le démontre l'analyse des dynamiques régionales... le fait que plusieurs priorités des régies régionales rejoignent les préoccupations des groupes de femmes favorise le recours à leur compétence » (Fournier et coll., 2001, p. 119). Cette participation crée une pression sur les groupes de femmes qui disposent de ressources limitées, surtout si elle ne s'accompagne pas de mesures de compensation ou de reconnaissance de leur contribution. Latérière et Voyer (1995) observent que la participation à des instances régionales a des effets sur les groupes de femmes, notamment une certaine hiérarchisation des groupes et une tendance à la spécialisation, à cause des conditions difficiles d'une participation exigeante et non rémunérée dans les structures régionales.

Depuis l'instauration des RRSSS, diverses études ont analysé les conditions de participation sous l'angle de la démocratisation du système de santé ou des rapports entre le milieu communautaire et le réseau public, ou les deux (Lamoureux, 1994; Forest, Bryson et Lorion, 1994; Couillard et Côté, 1997; Tremblay, 1999; Forest et coll., 2000). Lamoureux, qui a examiné l'expérience de planification en santé mentale au niveau régional, considère que « la planification partenariale dans ce domaine recèle des potentialités d'élargir l'espace démocratique » tout en soulignant le danger de récupération du dynamisme communautaire par l'État (Lamoureux, 1994, p. 197). Par ailleurs, des chercheurs ont conclu que la participation aux instances décisionnelles du réseau de la santé et des services sociaux déplace les débats vers des enjeux administratifs plutôt que politiques et renforce l'appareil technocratique (Godbout, 1991; Tremblay, 1999).

Plusieurs femmes ayant été membres de conseils d'administration des RRSSS ont constaté la difficulté de faire entendre leurs préoccupations, surtout dans le contexte de réductions des dépenses. Un bilan de cette expérience réalisé par l'R des Centres de femmes du Québec montre que les femmes consultées se sont senties captives d'une approche par « programmes-clientèles », encadrée dans des « continuums de services » qui reflète une vision technocratique de l'organisation des services. Le « choc des cultures » entre une approche féministe et communautaire, prônée par plusieurs groupes de femmes, et une approche de type épidémiologique ciblant les clientèles vulnérables, laquelle est préconisée dans la planification sociosanitaire, est mis en évidence dans ce bilan (L'R des Centres de femmes du Québec, 1997). L'approche globale des groupes de femmes va à contre-courant des tendances lourdes en gestion des services sociaux et de santé.

Les critiques exprimées par les groupes de femmes au sujet des effets de la réforme du système sociosanitaire sur la santé et les conditions de vie des femmes questionnent la prise en compte des besoins des femmes dans la planification régionale: « l'évolution des services au cours des dernières années, les compressions budgétaires, les fusions d'établissements, le "virage ambulatoire" ont exercé une pression importante sur la nature des délibérations et des débats qui ont été menés au sein des diverses instances de participation. Ces impératifs économiques en aucun temps ne pouvaient être remis en cause par les établissements et les régies régionales mandatées pour exécuter les ordres ministériels » (Tremblay, 1999, p. 123). L'espace de participation de la population à l'administration du système de santé se restreint de plus en plus. Enfin, le fait que le caractère pluraliste de la société se reflète rarement dans la participation aux consultations et aux instances de décision dans le réseau sociosanitaire est peu développé dans ces analyses sur les modes de participation dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Notre examen de l'expérience de participation de femmes à la démarche de planification des RRSSS ne se limite pas aux consultations qui ont alimenté la production des différents PROS. En effet, l'implantation des politiques sociosanitaires dans la programmation régionale s'inscrit dans un processus de mise en oeuvre et d'ajustement quasi continu qui dépasse la démarche spécifique d'élaboration et d'approbation de ces PROS et trouve écho aux séances du conseil d'administration de la RRSSS et dans divers comités consultatifs. Divers facteurs, tels que les ressources disponibles, les structures organisationnelles dans les RRSSS et leurs modes de communication avec les différents groupes de femmes, peuvent avoir un effet significatif sur l'insertion des demandes des femmes et des groupes de femmes dans les planifications régionales en santé et services sociaux.

3. MÉTHODOLOGIE

Cette étude a été développée et réalisée avec des partenaires communautaires, notamment l'R des centres de femmes du Québec et l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS), et avec la collaboration d'une responsable régionale du Conseil du statut de la femme du Québec, formant avec l'équipe de recherche un comité d'orientation du projet. Ce comité d'orientation a été consulté sur le devis de la recherche, sur les instruments et les modes de collecte de données à chacune des étapes de l'étude, sur le choix des régions du Québec ayant fait l'objet d'une étude de cas, sur les critères de sélection des participantes aux groupes de discussion, sur le plan d'analyse et sur la formulation des recommandations. La présence soutenue et la diversité des membres du comité d'orientation ont été essentielles pour assurer une certaine pertinence au développement et à la réalisation de cette recherche en regard de l'expérience et des préoccupations de femmes et de groupes de femmes qui interviennent dans divers milieux. Enfin, en ce qui concerne les aspects éthiques de la recherche, le Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé de l'Université de Montréal a approuvé la procédure et les outils de collecte des données.

Le but de cette recherche exploratoire est d'examiner la participation de groupes de femmes à la consultation et au suivi des PROS pour la période 1998-2002, afin de mieux comprendre les difficultés et les embûches, mais aussi les succès, qui ont marqué leurs rapports avec les RRSSS. Cet examen fait ressortir les leviers et les obstacles au développement de programmes qui répondent aux besoins spécifiques des femmes et qui contribuent à réduire les inégalités entre les sexes. L'une des retombées attendues de cette étude est de soutenir les efforts pour inscrire dans les PROS à venir des engagements précis en matière de promotion de l'égalité entre les sexes.

La collecte des données

La collecte des données s'est déroulée en trois étapes, de mai 2000 à juin 2001. Des répondantes et répondants des RRSSS ont rempli un bref questionnaire sur les pratiques de planification et de consultation utilisées dans la préparation des PROS pour la période 1998-2002 et sur les responsabilités dans la structure organisationnelle concernant le suivi du dossier de la condition de vie des femmes. Les PROS ont ensuite été analysés afin de voir comment les politiques du MSSS en matière de condition féminine s'y reflètent. Dans certains cas, des documents complémentaires concernant le suivi du PROS et le mandat de la responsable et du comité en condition de vie des femmes ont également été examinés. Ces étapes ont permis de recueillir de l'information sur 16 des 18 régies régionales de la santé et des services sociaux au Québec[14] concernant les engagements en matière de santé des femmes inscrits dans les PROS et les responsabilités dans la structure organisationnelle sur la mise en oeuvre de ces engagements.

Dans un troisième temps, des groupes de discussion ou des entrevues individuelles ont été menés dans quatre régions du Québec, sur les perceptions de femmes représentant le milieu communautaire au conseil d'administration des régies régionales et de représentantes de

groupes de femmes, quant aux processus de planification et de concertation en matière de condition de vie et de santé des femmes. Enfin, des entrevues ont également été faites auprès de responsables de la planification ou de la consultation dans les régies régionales, et auprès de professionnelles répondantes en matière de condition féminine, lorsqu'un tel poste existait.

Les régions retenues par le comité d'orientation se différencient par deux aspects : la diversité des modes de consultation de la population et de communication avec les groupes de femmes ainsi que la structure interne assurant le suivi du dossier de la condition féminine.

Le questionnaire adressé aux régies régionales de la santé et des services sociaux
Une première collecte d'information a été réalisée auprès de 16 des 18 RRSSS du Québec. Un questionnaire (reproduit à l'annexe B) adressé aux directions générales portait d'une part sur les démarches de planification et de consultation utilisées dans la production des PROS 1998-2002 et, d'autre part, sur les responsabilités dans la structure organisationnelle en regard du mandat de la condition de vie des femmes, notamment l'existence ou non d'une répondante en condition féminine ou d'un comité aviseur sur les conditions de vie des femmes. Ce questionnaire nous a été retourné par les RRSSS avec les PROS de 1998-2002, un organigramme et, le cas échéant, la liste des personnes ou organismes ayant participé aux consultations dans la région. De plus, neuf régies ont fourni des documents concernant la fonction de répondante en condition de vie des femmes ou le mandat d'un comité aviseur en condition féminine.

La sélection de quatre régions pour les études de cas
Les documents susmentionnés ont été analysés pour classer les régies régionales en fonction des critères suivants : 1) les modalités de planification et de consultation de la population dans l'élaboration des PROS (Forest et coll., 2000); et 2) la présence ou l'absence d'une répondante ou d'un comité aviseur en condition de vie des femmes. Le temps consacré au dossier de la condition de vie des femmes par la répondante et son rattachement dans les structures décisionnelles de la RRSSS, ainsi que celui du comité aviseur en condition de vie des femmes, ont aussi été considérés pour raffiner l'application de ce dernier critère.

Le classement des RRSSS en fonction de ces critères a servi de base à la sélection de quatre régions ayant servi d'études de cas. Toutefois, l'application des critères retenus s'est avérée plus complexe que prévu. Les modalités de planification et de consultation font intervenir une diversité de processus et de moyens qui peuvent être liés soit aux orientations des RRSSS, soit aux ressources disponibles, soit aux caractéristiques de chaque région. Cet aspect a été considéré dans le classement des régions car les processus et les moyens utilisés par les RRSSS sont liés aux dynamiques régionales. Les démarches de consultation des RRSSS diffèrent dans les régions urbaines, à forte densité avec une population aux origines culturelles diverses et les régions périphériques, dont le territoire est plus étendu avec une population plus homogène où les dynamiques s'organisent souvent autour d'entités locales (municipalités régionales de comté, territoires de CLSC).

Tableau 1 : Critères de classement des régies pour les études de cas

Modalités de planification et de consultation de la population
• Variété des outils de diffusion d'information à la population • Variété des outils d'évaluation des besoins prioritaires de la région • Variété des mécanismes de consultation des partenaires • Variété des approches de consultation de la population • Variété des mécanismes de facilitation de la participation • Rôle du conseil d'administration dans le processus de planification et de consultation
Structure organisationnelle en regard du dossier de la condition féminine
• Présence ou absence d'une répondante en condition féminine • Pourcentage du temps alloué aux dossiers concernant la condition de vie des femmes • Présence ou absence d'un comité aviseur en condition de vie des femmes • Niveau décisionnel de rattachement de la répondante et du comité aviseur dans la structure de la RRSSS, le cas échéant • Fréquence des contacts avec des regroupements et groupes de femmes

Parmi les quatre régions retenues, la région A a une population relativement homogène au plan de l'origine culturelle; elle compte un grand centre urbain entouré d'un vaste secteur rural; la région B est une région productrice de ressources, éloignée des grands centres, où les agglomérations sont éloignées les unes des autres; la région C comprend un grand centre urbain avec une population diversifiée au plan des origines culturelles et une concentration de services spécialisés; enfin, la région D se situe dans la ceinture urbaine d'un grand centre où la population est relativement diversifiée et en croissance rapide (voir le tableau 2). Il est à noter que les régions ne sont pas nommées pour respecter les recommandations du comité d'éthique.

En ce qui concerne l'organisation et les ressources internes consacrées au dossier de la condition féminine, mentionnons que les RRSSS des régions A et B ont indiqué avoir une répondante et un comité aviseur en condition de vie des femmes; dans les RRSSS des régions C et D, les réponses au questionnaire ont indiqué qu'il n'y a ni répondante, ni comité aviseur. Toutefois, dans la région C, la situation a changé alors que l'étude était en cours.

Au moment de la prise de contact avec les RRSSS des quatre régions retenues, une première démarche a consisté à confirmer que l'information ayant servi à la sélection des régions n'avait pas changé. Ainsi, une région retenue au départ a dû être reclassée car certains renseignements contenus dans le questionnaire rempli par la RRSSS n'ont pu être corroborés lors de la prise de contact. L'information provenant des groupes de femmes et de l'informateur de la RRSSS révélait une situation très instable en ce qui concerne la fonction de répondante en condition de vie des femmes. Or nous voulions, pour les études de cas, que deux régions soient caractérisées par la présence d'une répondante en condition de vie des femmes et que deux autres régions soient caractérisées par l'absence d'une telle répondante au sein de la RRSSS[15].

Les entrevues individuelles

Les responsables des processus de planification ou de consultation

Dans chacune des quatre RRSSS, des entrevues individuelles ont été menées auprès des cadres désignés par la direction générale comme responsables de la planification ou de la

consultation, ou les deux, concernant leur PROS de 1998-2002. Il s'agissait, dans la région A, du directeur-général adjoint; dans deux autres régions (B et C), de responsables des communications et des relations avec la communauté, et dans la région D, du coordonnateur de la planification-développement de la direction de santé publique. Dans la région B, la responsable des communications était accompagnée, au moment de l'entrevue, par deux cadres de son organisation, l'une de la direction de santé publique et l'autre de la direction des programmes et services.

Les entrevues ont porté sur les processus de planification régionale et les responsabilités des diverses instances décisionnelles en cause, sur les principales sources d'information utilisées pour appuyer la planification et les outils de suivi de l'implantation du PROS, sur les mécanismes de consultation de la population, sur les moyens utilisés pour tenir compte des différences entre les sexes et de la diversité de la population, sur les pouvoirs et contraintes de la RRSSS par rapport au MSSS d'une part, et vis-à-vis les établissements qui dispensent les services d'autre part, et finalement sur les perceptions des besoins les plus importants en matière de santé des femmes dans la région.

Les répondantes en condition féminine

La personne qui exerçait la fonction de répondante en condition de vie des femmes a aussi été rencontrée dans les RRSSS A, B et C[16]. Dans la région D, en l'absence d'une répondante en condition féminine, nous avons rencontré le directeur des ressources humaines qui a répondu à nos questions concernant le dossier de la condition de vie des femmes.

Les questions d'entrevue visaient à obtenir des précisions sur l'exercice de ce mandat, sur le rattachement du poste dans la structure organisationnelle, sur la perspective des différences entre les sexes dans la programmation, sur la perception des pouvoirs et contraintes de la RRSSS en matière de condition de vie des femmes, sur les communications avec les groupes de femmes dans la région et sur les besoins les plus importants en matière de santé des femmes, de l'avis de la personne interrogée.

Les représentantes du milieu communautaire aux conseils d'administration des RRSSS

Le point de vue de femmes représentant le milieu communautaire aux conseils d'administration des RRSSS des régions retenues a également été recueilli[17]. Au total, sept femmes membres des conseils d'administration ont été interviewées.

Les thèmes d'entrevue touchaient le rôle du conseil d'administration dans la préparation et le suivi du PROS de 1998-2002, le fonctionnement interne du conseil d'administration et ses rapports avec les partenaires dans les services et avec la population. Les entrevues ont aussi abordé les mécanismes de consultation et de participation de la population, les pouvoirs et contraintes de la RRSSS, la prise en compte des différences entre les sexes dans la planification régionale et les perceptions des principaux besoins des femmes, du point de vue des répondantes.

Les groupes de discussion avec des intervenantes des groupes de femmes
Des groupes de discussion avec des intervenantes d'organismes communautaires, principalement des groupes de femmes, ont aussi été organisés dans chacune des quatre régions retenues.

Un effort particulier a été déployé pour s'assurer que les participantes aux groupes de discussion reflètent une certaine diversité des besoins en matière de services sociaux et de santé tout en tenant compte de la dynamique du mouvement des femmes dans chaque région. Les participantes ont été recrutées à partir d'une sélection d'organismes qui s'est faite avec la collaboration de la table des groupes de femmes dans chacune des régions, à partir de plusieurs listes d'organismes communautaires[18].

Les thèmes de discussion ont porté sur la perception des participantes aux groupes de discussion quant aux principaux besoins des femmes avec lesquelles elles travaillent, sur leurs points de vue concernant les mécanismes de consultation de la RRSSS et la prise en compte des différences entre les sexes par la RRSSS et, enfin, sur leur appréciation : 1) de l'adéquation des services à la diversité des besoins et des conditions de vie des femmes; 2) des pouvoirs et contraintes de la RRSSS en matière de planification et de programmation des services; et 3) des retombées de leurs interactions avec la RRSSS.

Le taux de réponse aux invitations à participer aux groupes de discussion a varié selon les régions visitées.[19] Dans la région A, deux groupes de discussion ont été tenus, l'un avec des intervenantes de groupes de femmes provenant de divers milieux, mais qui ne participaient pas directement dans les processus avec la RRSSS; l'autre avec des membres du comité aviseur en condition de vie des femmes. Les membres de ce comité qui ont participé au groupe de discussion venaient de groupes de femmes et d'autres organismes communautaires dont la mission ne touche pas exclusivement les femmes.

Dans la région B, un groupe de discussion a été organisé avec un comité santé relevant de la table régionale des groupes de femmes; ce comité joue également, de façon informelle, le rôle de comité aviseur en condition de vie des femmes auprès de la RRSSS.

Les deux autres RRSSS retenues n'avaient pas de comité aviseur en condition de vie des femmes. Dans la région C, où la population est très diversifiée au plan des origines culturelles, trois groupes de discussion ont été tenus, dont l'un avec des femmes issues d'organismes communautaires actifs dans les communautés ethnoculturelles; les deux autres groupes de discussion regroupaient des intervenantes de groupes de femmes dont certains traitent de problématiques spécifiques (itinérantes, femmes handicapées).

Enfin, dans la région D assez étendue géographiquement, un groupe de discussion avec des intervenantes de groupes de femmes a été réalisé ainsi que trois entrevues individuelles : l'une avec la coordonnatrice de la table régionale des groupes de femmes qui participe directement dans les interactions avec la RRSSS, et deux autres entrevues avec des intervenantes de groupes de femmes situés dans un secteur éloigné du centre administratif

de la région. Dans la région D, ces entrevues ont été réalisées afin de tenir compte de la dynamique régionale et de particularités sous-régionales qui influencent notamment les besoins de santé.

Au total, 30 femmes issues d'organismes communautaires ont été consultées. Mentionnons la participation d'intervenantes provenant de tables régionales de groupes de femmes, de centres de femmes, de centres de santé des femmes, de maisons d'hébergement pour femmes victimes de violence conjugale, de centres d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel, d'un centre d'hébergement en santé mentale pour les femmes, d'associations féminines d'éducation et d'action sociale, d'un groupe de femmes handicapées, d'une ressource pour femmes itinérantes, d'organismes oeuvrant avec les communautés ethnoculturelles, d'un service bénévole, d'un comptoir alimentaire et d'un organisme de soutien aux familles. Toutes les femmes consultées avaient un rôle d'intervenantes dans ces organismes, soit comme employées, soit comme bénévoles.

L'analyse des données

L'étude de cas, une méthode permettant d'investiguer de façon approfondie une organisation ou une unité sociale plus importante, a été retenue afin de comprendre certaines dynamiques relatives à l'intégration du dossier des conditions de vie des femmes dans les PROS (Yin, 1989; Patton, 1990; Marshall et Rossman, 1995; Fortin, 1996). La région retenue est l'unité d'analyse (contexte et environnement dans lequel se situe une RRSSS) et la RRSSS en question est une sous-unité qui a été analysée afin d'identifier des leviers et des obstacles au développement de programmes de santé et de services sociaux qui répondent aux besoins spécifiques des femmes et contribuent à réduire les inégalités entre les sexes. Plus précisément, les processus de planification et de consultation mis en place pour l'élaboration de chaque PROS et l'attention accordée aux besoins des femmes ont été analysés; enfin, nous nous sommes également attardées à examiner les modes d'interaction entre la RRSSS de chacune des régions retenues et les organismes communautaires et féministes, notamment les regroupements régionaux des groupes de femmes.

Une analyse descriptive-comparative de chacune des unités retenues a permis :

1) de contraster les dynamiques intra-régionales;
2) de dégager des indices pour comprendre les différences observées dans la planification et la programmation des services au sein de la RRSSS d'une part, et dans les interactions avec les groupes de femmes d'autre part;
3) d'examiner les ressemblances et les différences des processus mis en place dans chacune des RRSSS, pour tenir compte des préoccupations des groupes de femmes dans la planification et le suivi des PROS;
4) de formuler des recommandations sur les stratégies de promotion de l'égalité entre les sexes dans la planification régionale en santé et services sociaux.

Tableau 2 : Entrevues et groupes de discussion

Régions	Mode de collecte des données	Personnes interrogées
Région A Région homogène Centre urbain important Vaste secteur rural	Entrevue individuelle	Directeur général adjoint de la RRSSS
	Groupe de discussion	4 intervenantes de groupes de femmes
	Groupe de discussion	4 membres du comité aviseur en condition de vie des femmes
	Entrevue individuelle	Répondante en condition de vie des femmes de la RRSSS
	Entrevue de groupe*	2 membres du CA de la RRSSS représentant les organismes communautaires
Région B Région ressource 5 pôles urbains moyens Vaste territoire situé loin des grands centres	Entrevue de groupe*	Responsable des relations avec la communauté, une professionnelle cadre de la direction de santé publique et une professionnelle cadre de la direction des programmes et services de la RRSSS
	Groupe de discussion	6 membres du comité santé de la table des groupes de femmes
	Entrevue individuelle	Répondante en condition de vie des femmes de la RRSSS
	Entrevues individuelles	2 membres du CA de la RRSSS représentant les organismes communautaires
Région C Grand centre urbain Population diversifiée Concentration de services spécialisés en santé	Entrevue individuelle	Professionnelle cadre du service des relations avec la communauté de la RRSSS
	Groupes de discussion	2 groupes de discussion avec des intervenantes de groupes de femmes (5 femmes) 1 groupe de discussion avec des intervenantes de groupes oeuvrant avec les communautés culturelles (4 femmes)
	Entrevue individuelle	Répondante en condition de vie des femmes de la RRSSS
	Entrevues individuelles	2 membres du CA de la RRSSS représentant les organismes communautaires
Région D Située en ceinture urbaine d'un grand centre Population en croissance rapide et relativement diversifiée Vaste secteur rural	Entrevue individuelle	Coordonnateur de la planification à la direction de santé publique de la RRSSS
	Groupe de discussion	4 intervenantes de groupes de femmes
	Entrevues individuelles	Coordonnatrice de la table des groupes de femmes de la région 2 intervenantes de groupes de femmes situés dans un secteur éloigné du centre administratif de la région
	Entrevue individuelle	1 membre du CA de la RRSSS représentant les organismes communautaires
	Entrevue individuelle	Directeur des ressources humaines de la RRSSS

Note :

* Les participantes ont souhaité être rencontrées ensemble, mais le guide d'entrevue individuelle a été utilisé.

De façon opérationnelle, l'ensemble des entrevues et groupes de discussion ont été retranscrits en recopiant intégralement les enregistrements des entrevues. Des grilles de codification permettant de juxtaposer des données recueillies auprès de différents informateurs et informatrices autour d'un même thème ont ensuite été utilisées. L'identification des unités de sens s'est faite à l'aide du logiciel *Atlas-Ti* (2000) relativement aux concordances et aux différences de points de vue sur des thèmes spécifiques, entre les informatrices et informateurs d'une même région et en considérant le statut et l'appartenance des répondantes et répondants.

Cette analyse a été complétée par l'examen systématique des PROS produits par les régies et de divers documents obtenus lors des entrevues et groupes de discussion dans les quatre régions retenues. Ces documents portaient notamment sur les indicateurs de suivi de la planification régionale, sur les mesures spécifiques pour répondre à la situation des femmes dans la mise en oeuvre des services sociaux et de santé ou sur les activités du comité aviseur en condition féminine.

Enfin, sachant que la méthode par étude de cas ne vise pas une généralisation des résultats à d'autres populations ou situations (Fortin, 1996), certains thèmes et recommandations émergeant de l'analyse des quatre unités et sous-unités étudiées ont été contrastées avec les données obtenues lors d'une entrevue additionnelle réalisée avec une informatrice-clé[20] dans une cinquième région. La RRSSS de cette région réalisait, au moment de l'étude, une consultation régionale sur la santé des femmes, afin de produire un plan d'action spécifique. Les méthodes par études de cas présentent des avantages importants, notamment la possibilité d'obtenir de l'information riche et détaillée sur des situations particulières et d'en dégager ainsi des avenues de recommandations.

4. RÉSULTATS

Les engagements inscrits dans les PROS 1998-2002 en regard du dossier de la condition de vie des femmes

Les PROS représentent en quelque sorte la planification stratégique des RRSSS et reflètent leurs priorités d'action et d'affectation de ressources pour la période visée. L'examen des PROS de 1998-2002 donne une première indication de la prise en compte des réalités et des besoins des femmes dans la planification régionale et des mesures envisagées pour y répondre. Notre examen s'appuie sur une analyse des PROS de 16 des 18 RRSSS du Québec et sur des analyses de la représentante du Conseil du statut de la femme du Québec présentées au comité d'orientation de la recherche.

Dès le premier abord, on constate que les PROS de 1998-2002 sont structurés en fonction des priorités d'intervention énonceés dans la *Politique de la santé et du bien-être* (PSBE) (Québec, 1992). Cette politique propose d'organiser les services de santé et des services sociaux selon cinq grands champs d'activité : l'adaptation sociale, la santé physique, la santé publique, la santé mentale et l'intégration sociale; elle fixe des objectifs à atteindre à l'égard de 19 problématiques qui s'inscrivent dans chacun de ces domaines. La PSBE jette un cadre d'organisation et de gestion des activités du système de santé qui oriente l'affectation des ressources et toute la planification régionale au Québec.

La PSBE recommande de cibler l'action sur les groupes vulnérables et d'intervenir sur les déterminants de la santé et du bien-être : les facteurs biologiques, les habitudes de vie et les comportements, les milieux de vie et l'environnement social, l'environnement physique, les conditions de vie, et le système de services. Elle retient cinq grandes stratégies : favoriser le renforcement du potentiel des personnes; soutenir les milieux de vie et créer des environnements sains; améliorer les conditions de vie; agir pour et avec les groupes vulnérables; harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être; et orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses.

Cette politique reconnaît que « les femmes vivent en général en moins bonne santé que les hommes... si l'on se fie à la mesure de santé globale. L'affirmation vaut pour tous les groupes d'âge, à l'exception des moins de 15 ans et pour tous les groupes socio-économiques » (Québec, MSSS, 1992, p. 20). De plus la PSBE inscrit, dans la stratégie de création d'environnements sains et sécuritaires, l'importance de favoriser une plus grande équité dans les rapports sociaux entre les hommes et les femmes. En ce sens, elle peut-être considérée comme avant-gardiste puisqu'au moment de sa publication en 1992, aucune politique en matière de santé au Canada et dans la plupart des pays industrialisés ne reconnaissait les effets sur la santé de la division sociale des rôles entre les sexes.

Cependant, les PROS sont organisés d'abord et avant tout par *continuum* de services en fonction du cadre de gestion[21], atténuant la portée des stratégies axées principalement sur des facteurs qui échappent, pour la plupart, à l'intervention du système de soins. Cette

approche a été critiquée par divers réseaux féministes et elle a suscité le commentaire suivant du Conseil du statut de la femme du Québec : « La politique [de la santé et du bien-être] s'inscrit tout à fait en continuité des orientations antérieures du ministère [de la Santé et des Services sociaux] en ce qui concerne l'absence de traduction, dans de grandes orientations et plans d'actions, des besoins spécifiques des femmes. Cette absence a des conséquences importantes si l'on considère que la politique constitue le tableau de bord du gouvernement pour les dix prochaines années. » (Québec, CSF, 1995b, p. 9).

En matière de santé des femmes, ce sont plutôt des politiques ou des plans d'action spécifiques, en regard de la violence conjugale et sexuelle, de la planification des naissances et de la périnatalité, qui ont incarné la stratégie de prise en compte des besoins spécifiques des femmes. Toutefois, l'intégration de ces politiques dans les PROS reste limitée; dans certains éléments de la gamme de services, les différences entre les sexes sont souvent occultées. Prenons l'exemple des femmes âgées vivant seules dont l'autonomie et l'intégration sociale sont fragiles et qui sont identifiées comme groupe vulnérable dans la PSBE : aucune des planifications régionales analysées ne reconnaît explicitement le phénomène de la féminisation du vieillissement, pourtant mentionnée dans la PSBE (Québec, 1992, p. 120). Les rares références aux besoins spécifiques des femmes âgées se retrouvent hors du *continuum* de services aux personnes âgées, dans les sections portant sur l'alcoolisme-toxicomanie ou la santé mentale en référant aux problèmes de surconsommation de médicaments; une seule RRSSS, celle de Lanaudière, reconnaît explicitement dans son PROS de 1998-2002 les problématiques de la violence et des abus à leur égard. Cette vision compromet le développement d'une approche intégrée de services qui tienne compte des besoins spécifiques des femmes âgées.

Dans le même *continuum* de services aux personnes âgées, la majorité des PROS de 1998-2002 passent sous silence la contribution des femmes aux soins de leurs proches, mentionnée dans la PSBE (Québec, 1992, p. 150) et, conséquemment, les effets sur les femmes aidantes du transfert de responsabilités des établissements de santé vers les services à domicile. Seulement quatre RRSSS (4/16) reconnaissent explicitement le risque d'épuisement des aidantes et envisagent d'adopter des mesures pour alléger leur fardeau (Québec, Mauricie-Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Bas-Saint-Laurent).

Dans le *continuum* de services en santé physique, les PROS de 1998-2002 ne tiennent compte des différences entre les hommes et les femmes qu'en ce qui concerne leur fonction reproductive (services en planification des naissances, obstétrique et périnatalité) ou les problèmes particuliers liés à des caractéristiques physiques, notamment les cancers du sein ou de l'utérus. Dans d'autres problématiques de santé physique, comme les maladies cardio-vasculaires ou l'analyse des facteurs cancérigènes, aucune considération des différences entre les sexes n'est mentionnée alors que des documents ont été produits pour montrer que l'absence d'une analyse tenant compte des différences entre les sexes affecte la recherche clinique et, par conséquent, la pertinence des diagnostics et des traitements (Stewart, 1996a,b; Messing, 1998).

Dans le *continuum* de services en santé mentale, quatre PROS (4/16), soit ceux de Québec, de Laval, de Lanaudière et de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, reprennent l'analyse de la PSBE

sur la prévalence de la détresse psychologique dans la population féminine. La RRSSS de Québec recommande notamment de favoriser l'accessibilité des services de santé mentale en CLSC aux femmes vivant dans des conditions précaires et à celles qui sont victimes de violence. La RRSSS de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, pour sa part, prévoit des activités de formation à l'intention du personnel du réseau pour encourager l'adaptation des services en fonction des besoins spécifiques des femmes. De son côté, la RRSSS de l'Abitibi-Témiscamingue mise sur le dépistage des situations à risque pour la santé mentale, en ciblant notamment les personnes vivant une extrême pauvreté, les femmes monoparentales ou isolées et celles ayant à leur charge une personne souffrant de maladie; elle préconise à cette fin le soutien aux groupes d'entraide qui interviennent auprès de ces personnes. Dans l'ensemble des autres RRSSS, les PROS de 1998-2002 mettent surtout l'accent sur les services pour les populations qui ont des problèmes graves et persistants, sans indiquer que les problèmes transitoires de santé mentale prévalent dans la population féminine (Québec, MSSS, 1996, 1997b).

Dans le *continuum* en enfance-famille-jeunesse, cinq PROS (5/16) font référence au programme intégré de services en périnatalité, soit ceux du Bas-Saint-Laurent, de l'Estrie, de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et de Laval. Dans l'ensemble des PROS, l'approche est centrée sur les clientèles vulnérables dans la perspective de réduire les menaces à la santé du fœtus ou de l'enfant (grossesses des adolescentes, jeunes mères en difficulté). Seule la RRSSS de Lanaudière mentionne explicitement l'objectif d'établir des relations égalitaires entre les garçons et les filles, recommandé par la PSBE (Québec, 1992, p. 151).

Seulement trois RRSSS, celle de Québec, Mauricie-Centre-du-Québec et Laval, font explicitement référence dans leur PROS respectif à la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale* (Québec, MSSS, 1995a) adoptée en 1995. Toutefois, l'intervention en matière de violence conjugale découlant de cette politique est abordée dans tous les PROS et les régions sont pourvues de tables de concertation en violence conjugale et sexuelle qui visent à coordonner les interventions régionales des différents partenaires dans les dossiers qui touchent la violence faite aux femmes. Par contre, certains PROS s'alignent plutôt sur les *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* (Québec, MSSS, 1997a) et réfèrent à la problématique de la violence à l'égard des femmes dans une section portant sur les « traumatismes non intentionnels et intentionnels » ou sur la « violence envers les personnes ». Cette approche tend à occulter l'influence des rapports sociaux inégaux entre les sexes et le fait que les victimes de violence conjugale causant des traumatismes et des lésions sont en majorité des femmes.

Six RRSSS (6/16), soit Québec, Mauricie-Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Laurentides et Lanaudière, ont inscrit une section spécifique sur les conditions de vie des femmes dans leur PROS. Trois d'entre elles reconnaissent la difficulté et le défi que représentent l'intégration de l'ADS et la création de services tenant compte des besoins spécifiques des femmes, dans tous les *continuum* de services. Parmi celles-ci, la RRSSS de Québec se donne comme perspective d'élaborer un plan d'action sur

la santé des femmes; celle de l'Abitibi-Témiscamingue s'engage dans le même sens, mais avec un préalable qui est de produire un portrait sur la santé et les conditions de vie des femmes vivant sur son territoire. La RRSSS de la Mauricie-Centre-du-Québec met l'accent sur le soutien au comité aviseur en condition de vie des femmes et sur l'inscription progressive de l'ADS dans le développement de sa planification. Des mesures semblables sont aussi retenues dans les PROS des RRSSS de Lanaudière, Laurentides et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine.

Dans l'ensemble des PROS analysés, les services sont orientés presque exclusivement vers les segments plus vulnérables de la population, suivant en cela les orientations de la PSBE. En matière de santé des femmes, cette stratégie affecte l'arrimage avec les politiques spécifiques comme la *Politique en périnatalité* (Québec, MSSS, 1993) ou les *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* (Québec, MSSS, 1995b) qui s'adressent aux besoins de l'ensemble des Québécoises[22]. On note également une quasi-absence de références précises à des éléments du *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et condition de vie des femmes* du MSSS (Québec, 1998) précédant la période de planification régionale 1998-2002.

Quant à la diversité ethnoculturelle, six RRSSS en milieux urbains (Montréal, Québec, Montérégie, Laval, Laurentides, Outaouais) mettent de l'avant une orientation générale référant à un plan régional d'accessibilité aux services pour les communautés culturelles, sans stratégie particulière à l'égard des femmes de ces communautés.

Dans les RRSSS qui ont participé à la collecte d'information, les besoins spécifiques de la population autochtone trouvent peu d'écho dans les PROS[23]. La RRSSS de la Montérégie cible les problématiques du diabète, du cancer et de la toxicomanie dans ses orientations s'adressant aux besoins spécifiques de la population autochtone de son territoire. La RRSSS de l'Abitibi-Témiscamingue fait référence au suicide chez les Autochtones de la région, mais sans faire d'analyse différenciée selon les sexes et sans dégager une stratégie explicite de réduction de ce fléau parmi la population autochtone. Les problèmes de la pauvreté, la violence et les abus sexuels qui affligent la population autochtone ne sont pas vraiment abordés dans les divers PROS analysés.

Dans l'ensemble, l'examen des PROS fait ressortir une faible intégration d'une perspective tenant compte des différences entre les sexes. Aucun PROS ne présente de façon constante et cohérente des données sociosanitaires différenciées selon les sexes. Les PROS portent peu d'attention aux déterminants sociaux qui sont à l'origine d'inégalités entre les femmes et les hommes. L'approche épidémiologique qui prédomine conduit à prioriser les interventions ciblant les personnes vulnérables, désignées comme clientèles « à risque », plutôt que de mettre en place des mesures s'adressant à l'ensemble de la population, y compris en matière de santé des femmes. Lorsque les besoins particuliers des femmes sont pris en compte, c'est souvent de façon réductrice, en référence à leur fonction reproductive, et les perspectives d'intervention sont limitées. Les RRSSS ne se sont pas dotées de véritables indicateurs pour évaluer les effets du virage ambulatoire sur les conditions de vie des femmes. De plus, les PROS analysés s'harmonisent peu avec les politiques sectorielles en santé des femmes élaborées au cours des années 1990.

Toutefois, les engagements pris par six RRSSS qui se sont données certaines orientations spécifiques en matière de condition de vie des femmes offrent une assise pour favoriser l'adéquation des services aux besoins spécifiques de la population féminine. De tels engagements reflètent-ils des pratiques différentes quant à l'intégration de préoccupations d'égalité entre les hommes et les femmes dans les démarches de planification et de programmation régionales? Un élément de réponse réside dans les moyens organisationnels mis en place par les RRSSS pour faire le suivi du dossier de la condition de vie des femmes.

La structure organisationnelle des RRSSS en regard du dossier de la condition de vie des femmes

Les données recueillies dans le questionnaire rempli par les 16 RRSSS sollicitées éclairent la situation des répondantes en condition féminine et des comités aviseurs en conditions de vie des femmes dans leur structure organisationnelle. Les résultats sont présentés sous forme de tableau, à l'annexe C. Toutefois, comme on le précise à la section sur la méthodologie de l'étude, ces données doivent être interprétées avec prudence.

En ce qui concerne la structure organisationnelle des RRSSS en matière de condition de vie des femmes, l'analyse des données recueillies avec le questionnaire laisse entrevoir une certaine fragilité dans les ressources allouées à ce dossier. Onze RRSSS (11/16) ont indiqué avoir une professionnelle répondante pour le dossier de la condition de vie des femmes, mais dans certains cas, on mentionne que cette fonction a changé souvent de titulaire. Quatre d'entre elles ont créé cette fonction au début des années 1980 et sept autres indiquent que ce poste a été créé au milieu des années 1990; c'est le cas notamment des RRSSS issues de la subdivision des territoires couverts par les anciens CRSSS. Par ailleurs, cinq RRSSS ont indiqué ne pas avoir de répondante en condition de vie des femmes au moment où elles ont rempli le questionnaire, soit celles de la Côte-Nord, de la Baie-James (Nord-du-Québec), du Saguenay-Lac-St-Jean, de Laval et de Montréal-Centre. Les RRSSS de Montréal-Centre, du Saguenay-Lac-St-Jean et de la Baie-James ont répondu avoir déjà eu une répondante en condition de vie des femmes, mais que cette fonction est désormais suspendue. Dans le cas de Montréal-Centre, on signale qu'il y a une responsabilité transversale des dossiers reliés à la condition féminine et que la coordonnatrice du dossier sur la violence faite aux femmes achemine les demandes à des responsables identifiés dans les secteurs concernés.

La plupart des répondantes en condition de vie des femmes dans les RRSSS (7/11) relèvent d'une direction responsable de la programmation et de l'organisation des services, la dénomination de celle-ci étant appelée à varier selon les RRSSS. Cette fonction est rattachée à la direction de la santé publique en Montérégie et en Abitibi-Témiscamingue. Dans deux RRSSS, soit la Mauricie-Centre-du-Québec et l'Outaouais, la répondante en condition de vie des femmes relève de la direction générale.

D'après les données recueillies avec le questionnaire, le temps consacré spécifiquement au dossier de la condition de vie des femmes par les répondantes varie beaucoup. Le plus souvent, ce dossier est regroupé avec la mise en oeuvre de la politique en matière de violence conjugale et parfois s'ajoute le suivi des orientations en matière d'agressions sexuelles. Dans quelques cas, divers dossiers sont moins liés et les répondantes en condition

de vie des femmes cumulent la responsabilité de programmes très divers, par exemple en alcoolisme-toxicomanie, santé mentale ou suicide, abus et négligence à l'égard des enfants, services aux personnes âgées et services à domicile, accès aux services en langue anglaise. Ce cumul des dossiers peut expliquer que trois RRSSS (3/11), celles du Bas-Saint-Laurent, de Chaudière-Appalaches et de la Montérégie, ont une répondante consacrant moins de 10 p. 100 de son temps de travail au dossier de la condition de vie des femmes, tandis que la proportion varie de 20 p. 100 à 50 p. 100 dans quatre RRSSS (4/11), soit Québec, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue et Gaspésie-Îles-de-la Madeleine, et il dépasse 50 p. 100 dans la RRSSS de Lanaudière. Une RRSSS, celle de la Mauricie-Centre du Québec, a indiqué que la répondante en condition de vie des femmes consacre tout son temps à ce dossier. Deux RRSSS (Estrie et Laurentides) n'ont pas répondu à cette question.

Plusieurs RRSSS (12/16) ont un comité aviseur en condition de vie des femmes. Dans la très grande majorité des cas (9/12), ces comités existent depuis le milieu des années 1980; dans certaines régions, ils ont été créés à la demande des groupes de femmes. Ces comités aviseurs comptent entre huit et quinze personnes représentant des organismes de femmes et des établissements de santé et de services sociaux de la région, nommées par la RRSSS en consultation avec le milieu. Toutefois, dans trois régions (3/12), il s'agit plutôt d'un comité représentant la table régionale des groupes de femmes (Abitibi-Témiscamingue, Chaudière-Appalache et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine) qui est invité à donner des avis à la RRSSS. Quatre régies régionales ont répondu qu'elles n'ont pas de comité aviseur en condition de vie des femmes : il s'agit de Montréal-Centre, de la Montérégie, de la Côte-Nord et de la Baie-James (Nord-du-Québec).

Dans l'ensemble, l'information concernant la fonction de répondante en condition de vie des femmes corroborent celles compilées par le Conseil du statut de la femme du Québec en avril 1995, indiquant une stabilité au cours de ces six années. Ainsi neuf RRSSS qui avaient déjà une répondante en condition de vie des femmes ont maintenu cette fonction. Les changements sont le fait de quelques RRSSS, soit celles de Mauricie-Centre-du-Québec et Lanaudière, qui ont créé un tel poste tandis que celles de Montréal-Centre, Côte-Nord et Baie-James ont suspendu le poste de répondante en condition de vie des femmes dans l'intervalle des deux études. L'enquête du CSF de 1995 précisait que « c'est toutefois sur le plan de l'autorité dont relève ce mandat, ainsi que des pratiques d'intervention qui y sont rattachées, que l'on observe les changements les plus importants. Dans la plupart des régions, le mandat de condition féminine est placé désormais sous la responsabilité d'une direction qui cumule divers dossiers » (Québec, CSF, 1995b, p. 7). Le CSF concluait alors à « une diminution de l'importance du dossier de condition de vie des femmes dans les régies régionales de la santé et des services sociaux à la fois en termes de temps/personne alloué..., de rattachement administratif... et de division du mandat » (Québec, CSF, 1995b, p. 8).

S'il y a eu des développements depuis 1995, c'est au plan du nombre de comités aviseurs en condition de vie des femmes qui est passé de 5 en 1995 à 12 en 2000, soit au moment de la collecte des données réalisée dans le cadre de la présente recherche[24]. Cette augmentation est surtout attribuable au fait que la plupart des RRSSS, issues de la redivision des régions sociosanitaires après l'adoption de la loi de 1991, ont formé un comité aviseur en condition de vie des femmes (5/6)[25]. L'information fournie par les représentantes des tables régionales

de groupes de femmes dans la suite de notre enquête indiquent que ces nouvelles RRSSS ont ainsi répondu aux demandes des groupes de femmes dans certaines régions.

Par ailleurs, l'information recueillie sur les processus de consultation régionale au sujet des PROS de 1998-2002 ne permet pas d'établir un lien entre le nombre des moyens utilisés par les RRSSS pour consulter la population sur les PROS et la participation des groupes de femmes à ces consultations. Plusieurs des mémoires provenant des groupes de femmes ont été préparés et présentés par des réseaux intersectoriels, comme les tables régionales des groupes de femmes, ou par des réseaux sectoriels regroupant des organismes oeuvrant dans un même domaine, comme les maisons d'hébergement pour les femmes victimes de violence conjugale ou les centres de lutte contre les agressions sexuelles.

Études de cas dans quatre régions du Québec

Pour chacune des quatre régions retenues pour les études de cas, le contenu des groupes de discussion et des entrevues réalisées avec des femmes membres des conseils d'administration, des cadres et des professionnelles de la RRSSS a été analysé afin de contraster les dynamiques intra-régionales et de dégager des indices pour comprendre les différences observées dans les PROS et dans les rapports entre la RRSSS et le regroupement régional des groupes de femmes en ce qui concerne la mise en oeuvre des programmes et services répondant aux besoins spécifiques des femmes. Pour chacune des quatre régions, les résultats sont présentés selon quelques thèmes : les préoccupations des femmes consultées, le processus d'élaboration du PROS et les structures organisationnelles de la RRSSS en regard des conditions de vie des femmes, ainsi que les interactions entre la RRSSS et les groupes de femmes de la région.

L'appréciation des rapports entre les groupes de femmes et les RRSSS et des réponses apportées aux besoins divers des femmes dans les quatre régions retenues s'appuie notamment sur les perceptions d'intervenantes d'organisations qui oeuvrent auprès des femmes dans chaque région. Pour bien comprendre leurs préoccupations dans le contexte de l'organisme où elles sont actives, nous avons jugé pertinent de demander aux participantes des groupes de discussion de remplir, avant la discussion, un bref questionnaire permettant de tracer un profil des organismes dont elles sont issues.

Profil des organismes dont sont issues les participantes aux groupes de discussion
Les participantes aux groupes de discussion et celles qui nous ont accordé des entrevues individuelles ont rempli un bref questionnaire (reproduit à l'annexe D) permettant d'établir le profil de leur organisme d'appartenance. Les réponses à ce questionnaire ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS.

En ce qui concerne les domaines d'intervention des organismes, des catégories ont été établies *a posteriori* pour regrouper les données recueillies grâce à une question ouverte dans le questionnaire rempli par les participantes (voir le tableau 3). Ces organismes interviennent au plan de la condition féminine en général (notamment les tables régionales de groupes de femmes); en violence conjugale ou sexuelle, ou les deux; en santé physique

ou mentale, ou les deux; certains sont actifs plus spécifiquement auprès des populations immigrantes, auprès de femmes marginalisées et dans des secteurs d'activités qui ne s'adressent pas uniquement aux femmes (groupe d'intervention avec les familles, comptoir alimentaire, service bénévole).

Tableau 3 : Domaines d'activité des organismes communautaires dont sont issues les participantes aux groupes de discussion

Domaine d'activité	Région A	Région B	Région C	Région D	TOTAL
Condition féminine en général	2	2	1	3	8
Violence conjugale ou sexuelle, ou les deux	2	4	2	2	10
Santé physique ou mentale, ou les deux	1		1	1	3
Femmes marginalisées			2		2
Population immigrante			3	1	4
Autre (famille, bénévoles....)	3				3
Total par région	8	6	9	7	30

La plupart de ces organismes (21/30) existent depuis 10 à 25 ans. Parmi les organismes de plus de 25 ans, quatre interviennent au plan de la condition féminine en général; les organismes de moins de 10 ans (n = 5) se retrouvent dans les régions moins urbanisées, à l'exception d'un organisme qui intervient auprès des femmes marginalisées en région urbaine.

Parmi les organismes représentés, certains disposent d'un budget annuel total de 250 000 dollars et plus (n = 8), soit quatre organismes oeuvrant contre la violence faite aux femmes, deux centres de santé des femmes, une ressource d'hébergement en santé mentale pour femmes et un organisme actif dans plusieurs domaines en matière de condition féminine. À l'exception des centres de santé, les organismes qui ont ce niveau de financement plus élevé offrent tous des services d'hébergement. La plupart des organismes dont le budget se chiffre entre 100 000 et 250 000 dollars (n = 9) offrent aussi des services d'hébergement, notamment quatre ressources pour femmes et enfants victimes de violence, un centre de femmes doté d'un centre de crise et un organisme qui s'adresse aux femmes itinérantes. Dans cette catégorie se retrouvent également un centre de lutte contre les agressions sexuelles, une ressource travaillant avec la population immigrante et un service d'aide alimentaire. Les organismes (n = 7) dont le revenu se situe entre 60 000 et 100 000 dollars sont quatre organisations oeuvrant en condition féminine, un organisme actif avec la population immigrante et deux organisations qui interviennent dans d'autres domaines d'activité. Les organismes qui disposent de moins de 60 000 dollars par an (n = 4) se retrouvent surtout en milieu urbain et interviennent auprès de populations immigrantes ou de femmes handicapées ou itinérantes. Deux participantes n'ont pas fourni l'information sur le niveau de financement de leur organisme d'appartenance.

Dans le questionnaire utilisé pour dresser le profil des organismes et des femmes qu'ils rejoignent, les résultats concernant les caractéristiques socio-démographiques des femmes rejointes doivent être interprétés avec prudence. Il est apparu à l'analyse que la signification

du mot « rejointe » pouvait beaucoup varier selon les répondantes. Ainsi, pour une répondante d'une AFÉAS[26], ce terme inclut toutes les femmes de la région éventuellement touchées par les actions de l'association; pour une répondante d'un service d'hébergement, le mot « rejointe » réfère uniquement aux femmes hébergées au cours d'une année. Selon l'information recueillie, on peut toutefois avancer que, dans la grande majorité, les femmes rejointes ont entre 25 et 50 ans et sont à faible revenu. Les organismes rejoignent plus fréquemment des femmes francophones (n = 22), à l'exception des groupes qui travaillent spécifiquement avec la population immigrante (n = 4). Toutefois, un certain nombre d'organismes rejoignent, en plus de la population féminine francophone, des femmes anglophones (n = 11), immigrantes (n = 9) ou autochtones (n = 3).

De plus, la majorité des organismes (70 %) participent à des activités avec la RRSSS, et ce dans toutes les régions retenues pour les études de cas. Ces contacts sont autant réguliers (44 %) qu'occasionnels (52 %). Quant à la nature des activités menées avec la RRSSS, les comités de concertation entre la RRSSS et le milieu communautaire et les activités de formation ou la participation à des colloques ressortent. La perception des participantes quant à la qualité de la collaboration avec les RRSSS varie d'une région à l'autre. Elle ressort comme nettement positive dans la région A, tandis que dans la région B, les rapports sont moins satisfaisants. Les avis sont partagés dans les régions C et D. Les réponses au questionnaire administré avant la tenue des entrevues concordent avec le contenu des discussions analysé plus loin.

Un grand nombre d'organismes communautaires (70 %) dont sont issues les participantes à l'étude ont participé aux consultations sur le PROS de 1998-2002 dans leur région respective. Dans l'interprétation de ce résultat, il faut mentionner que certains organismes ont pu être représentés aux consultations par le biais d'un regroupement sectoriel régional, notamment les organismes intervenant dans le domaine de la violence conjugale et sexuelle. La région C se démarque par une faible participation des groupes de femmes aux consultations sur le PROS, ce qui se reflète aussi dans les réponses des participantes aux groupes de discussion dans cette région. Cette donnée peut être signe d'une identification moindre à la région dans un grand centre urbain et d'interactions moins structurées entre la RRSSS et les groupes de femmes de cette région.

La région A

Les préoccupations des femmes consultées

Cette région a une population francophone en très grande majorité, avec moins de 2 p. 100 d'anglophones et quelques communautés autochtones. Elle comprend un centre urbain de plus de 100 000 habitants et cinq pôles régionaux autour de villes de dimension moyenne, la majeure partie du territoire étant en milieu rural.

Les principales préoccupations des participantes aux groupes de discussion concernent la pauvreté et l'isolement des femmes. L'absence de moyens de transport est aussi mentionnée comme un facteur qui accentue l'isolement et la dépendance de la population féminine et limite l'accès aux services sociaux et de santé ainsi qu'aux groupes d'entraide et de soutien. Toutefois, c'est la pénurie de médecins qui arrive au premier rang des préoccupations

exprimées en ce qui concerne l'accès aux services de santé. On cite par exemple le manque de services en obstétrique qui oblige les femmes à s'éloigner de leur famille, voire même de la région, pour accoucher. Des biais sexistes dans la pratique de certains médecins, notamment le peu d'attention portée aux conditions de vie des femmes et la tendance à leur prescrire davantage d'anxiolytiques qu'aux hommes, affectent la qualité des services, selon plusieurs informatrices. Les défaillances des CLSC comme porte d'entrée du réseau sociosanitaire sont aussi une source d'insatisfaction, mais le développement récent du service téléphonique Info-Santé CLSC est mentionné comme une amélioration dans l'accès à des conseils de santé pour les femmes qui assument généralement les soins à leurs proches[27].

Le PROS de la région A

Dans sa démarche de consultation sur le PROS, la RRSSS a utilisé plusieurs moyens pour encourager l'expression des besoins de la population, notamment l'envoi d'un questionnaire à tous les établissements et groupes communautaires de la région, la réception de mémoires, la tenue d'audiences publiques et des consultations intersectorielles organisées par les CLSC avec divers partenaires de leur territoire; des sessions de travail avec divers comités d'usagers ont été aussi des lieux d'échange valorisés par la RRSSS. Les divers regroupements et associations de femmes de la région ont eu une participation active en présentant près d'une vingtaine de mémoires sur un total de 120. Cette approche de planification est perçue comme relativement ouverte et transparente par les intervenantes des groupes de femmes que nous avons consultées, ce qui n'est pas le cas d'autres consultations menées dans la région[28].

De plus, des femmes membres du conseil d'administration de la RRSSS ont souligné que le conseil a été étroitement associé à l'ensemble de la consultation et qu'il a demandé des modifications pour répondre davantage aux attentes de la population. À leur avis, malgré des débats serrés à l'occasion, le travail du conseil d'administration se caractérise par des relations de confiance entre ses membres, des échanges réguliers en comité plénier, l'ouverture à la participation de la population aux séances publiques et l'accès facile à la présidence et à la direction générale de la RRSSS.

Le PROS de 1999-2002 de cette RRSSS comprend une section sur la santé, le bien-être et les conditions de vie des femmes. Elle s'y engage à « intensifier ses efforts pour s'assurer que les services offerts répondent aux besoins spécifiques des femmes » en préconisant neuf mesures qui s'accordent, pour l'essentiel, avec les grands axes du programme d'action gouvernemental en condition féminine : l'analyse différenciée selon les sexes; la lutte contre la violence conjugale et les agressions sexuelles; la planification des naissances; la lutte contre le cancer du sein; la prévention de l'alourdissement du fardeau des personnes aidantes; la pratique des sages-femmes; la création d'une maison des naissances; ainsi que le soutien au comité aviseur en condition de vie des femmes. Ces engagements résultent en bonne partie de l'implication des groupes de femmes de la région :

> *« Il y a eu beaucoup de consultations quand ça a été le temps par rapport aux femmes. Au début, ce qu'ils ont voulu, c'était pas sûr qu'ils voulaient nous mettre dans une section... Mais finalement, nous autres on a choisi d'avoir [une section sur] la santé, le bien-être et la condition de vie des*

femmes... On avait peur d'être tellement éparpillées qu'ils réussissent à complètement diluer ce qu'on avait. » (membre du comité aviseur)

Le comité aviseur en condition de vie des femmes

Dans cette région, le comité aviseur en condition de vie des femmes de la RRSSS est l'un des deux comités permanents rattachés à la direction générale; l'autre étant un comité sur l'accès aux services en langue anglaise établi par une législation provinciale. Le directeur général adjoint doit s'assurer du bon fonctionnement du comité aviseur, lui fournir le soutien requis et faire en sorte qu'il soit consulté sur les questions importantes concernant l'adéquation des services aux besoins particuliers des femmes.

Le fonctionnement du comité aviseur en condition de vie des femmes et sa position dans la structure de la RRSSS ont connu des fluctuations.

« Au début... on relevait [du secteur] de la santé sociale... ça n'allait pas très bien... puis on se disait que ça aurait été beaucoup mieux si on relevait de la direction générale parce que, si ça n'allait pas, c'est là qu'il fallait le dire... C'est une demande qui a été acceptée au conseil d'administration. On a réussi, ça doit faire 2 ans. » (membre du conseil d'administration)

Ce repositionnement a été l'occasion de clarifier le rôle du comité aviseur, d'établir ses règles de fonctionnement (statuts et règlements) et de diversifier sa composition pour y inclure une représentation intersectorielle. Les membres du comité sont nommés pour une période de trois ans par la direction générale de la RRSSS, en tenant compte des candidatures suggérées par les organismes partenaires, de l'expertise de la personne et de la représentation des différents secteurs géographiques de la région. Le comité comprend cinq membres provenant des établissements, cinq membres issues des groupes de femmes ou d'organismes communautaires intervenant spécifiquement auprès des femmes, deux membres venant d'organisations engagées dans d'autres secteurs d'activités que la santé et les services sociaux, mais dont l'action influence les conditions de vie des femmes, et deux membres cooptées pouvant apporter une expertise complémentaire au comité. Les membres cooptées sont recommandées conjointement par la RRSSS et les autres membres du comité aviseur. Le comité se réunit au moins six fois par année; les recommandations sont adoptées de façon consensuelle ou, au besoin, la majorité simple des voix.

Les responsables de la RRSSS insistent sur le rôle consultatif du comité en soulignant qu'il ne s'agit pas d'un lieu de négociation ou de représentation, et que les membres sont nommées en fonction de leur expertise en ce qui concerne les besoins particuliers des femmes. Ce point de vue est partagé par les membres du comité aviseur qui considèrent qu'elles ont à « donner [des] avis sur les directions et les conséquences pour les femmes. » Elles considèrent comme une victoire l'ouverture de la RRSSS à leur égard et le fait que « le comité aviseur est pratiquement une institution au sein de la régie ».

« On est une des seules régies où le comité aviseur en condition de vie des femmes marche autant avec des réunions régulières. Puis on a quand même un certain pouvoir. Moi à ma connaissance ... chaque décision qui va venir,

mettons des plans d'organisation, comme c'est ça qui vient au conseil d'administration, toujours dans les cheminements, tu as souvent la commission médicale régionale et t'as le comité aviseur en condition de vie des femmes. On fait toujours partie des personnes consultées pour donner leur avis. » (membre du comité aviseur)

Le comité aviseur est bien connu des membres du conseil d'administration de la RRSSS qui sont soucieux de recevoir ses avis. Une femme siégeant au conseil d'administration considère même que « c'est plus facile d'influencer par le comité aviseur parce que les dossiers on les choisit et on les pousse ».

La crédibilité du comité aviseur vient aussi du travail de la responsable en condition de vie des femmes qui a fait une tournée des différentes directions au sein de la RRSSS pour expliquer le repositionnement du comité, préciser son rôle et démystifier l'image vindicative qui lui était attribuée avant ces changements. « Des porteurs de dossiers ne voulaient pas venir au comité de peur de se faire chicaner. On était toujours pris pour réagir. » (membre du conseil d'administration)

Le comité aviseur fixe lui-même ses priorités annuelles, en considérant les mesures annoncées dans le PROS et les dossiers en traitement dans le réseau sociosanitaire ainsi que les enjeux sur lesquels il peut exercer une influence en regard des conditions de vie et de la santé des femmes. Ainsi se sont ajoutés aux mesures inscrites dans le PROS des travaux sur la lutte contre la pauvreté, les orientations en santé mentale et la question des femmes et de la toxicomanie.

La fonction de répondante en condition de vie des femmes

La répondante en condition de vie des femmes assure une fonction de liaison entre le comité aviseur et les professionnels responsables d'un dossier, dans les différentes directions de la RRSSS, sur les aspects de programmation qui touchent la santé et les conditions de vie des femmes. Au besoin, ce travail de liaison se fait en collaboration avec le directeur général adjoint ou le responsable de l'unité à laquelle elle est rattachée.

« *Elle agit comme étant l'interface... de la régie avec le comité. Ce n'est pas un membre du comité, c'est une représentante de la régie qui fait le lien avec le comité. C'est à elle de faire en sorte d'informer le comité aviseur sur les dossiers en cours, et de faire les liens avec les différentes directions pour faire en sorte que les orientations qui concernent différents volets puissent prendre en compte les conditions de vie des femmes... Elle se trouve être en interface avec l'ensemble des directions pour faire les passerelles et s'assurer que les directions concernées viennent discuter au niveau du comité aviseur en conditions de vie des femmes, et porte elle-même auprès du comité des préoccupations qui sont propres aux femmes et qui ne sont pas portées par d'autres professionnels.* » (cadre de la RRSSS)

À l'occasion, cette répondante peut être invitée à présenter les travaux du comité aviseur au comité d'orientation stratégique qui regroupe les différentes directions au sein de la RRSSS,

en y étant accompagnée, s'il y a lieu, de membres du comité aviseur. De plus, elle assure la coordination des dossiers concernant la pratique des sages-femmes et les interventions en matière de violence faite aux femmes qui relèvent du « secteur santé sociale ». Elle doit également représenter la RRSSS dans diverses structures régionales intersectorielles en matière de condition féminine (Conférence administrative régionale, Conseil régional de développement, consultations du Conseil du statut de la femme). Les activités de concertation intersectorielles sont utiles, mais les ressources limitées font en sorte qu'elle n'a pas toujours le temps d'approfondir ses dossiers autant que souhaité : « Elle aurait besoin d'une collaboratrice », disent des membres du comité aviseur.

Les interactions entre les groupes de femmes et la RRSSS
Dans l'ensemble, l'évaluation des interactions entre la RRSSS et les groupes de femmes est plutôt positive, tant chez les membres du comité aviseur qui considèrent qu'« avoir un comité aviseur, ça ouvre des portes, c'est en train d'installer un climat propice à la collaboration » que parmi les groupes de femmes qui ne participent pas directement à des interactions avec la RRSSS : « Les relations depuis deux ans avec la régie régionale vont bien. Je veux dire qu'ils sont à l'écoute ».

De l'avis de plusieurs des personnes consultées, le positionnement du comité aviseur dans la structure organisationnelle de la RRSSS affirme sa crédibilité.

> « *L'atout principal, c'est de l'avoir situé en lien avec la direction générale. Donc, ça passe un message clair quant à l'importance accordée... Ça permet aussi plus facilement les arbitrages qu'on peut avoir quand même à faire au sein de notre propre organisation face à l'importance, face à l'intention, au suivi à donner à des dossiers qui relèvent de la condition de vie des femmes.* » (cadre de la RRSSS)

Lorsqu'un avis du comité aviseur est retenu par la direction ou les responsables de programmes au sein de la RRSSS, les membres du comité doivent tout de même en assurer le suivi.

> « *Il y a deux réactions à la régie, une qui est officielle qui paraît bien, qui dit oui, sauf que ça reste dans les livres. Après, nous au comité aviseur, il faut faire des pressions, toujours revenir à la charge pour que ça débloque. C'est lent. Il faut suivre là encore des corridors, avoir des ententes particulières.* »
> (membre du comité aviseur)

Le bon fonctionnement du comité aviseur repose sur la compréhension partagée de son rôle; la création d'un langage commun, le soutien de ressources, bien que limitées, allouées par la RRSSS et la définition de cibles claires menant à des résultats concrets sont aussi mentionnés comme des facteurs de succès.

> « *Une autre chose qui est très importante, c'est de clarifier comme il faut les cibles, les dossiers sur lesquels on va travailler, parce qu'il faut que les gens aient l'impression de faire un travail efficace... Si on vient se rencontrer*

pour parler des disparités concernant les femmes sans avoir vraiment un objet précis, c'est un peu démotivant... Alors on se donne des priorités. » (professionnelle de la RRSSS)

Nos informatrices ont aussi souligné l'importance d'utiliser les leviers qui sont inscrits dans le PROS et dans les politiques gouvernementales en matière de santé, bien-être et condition de vie des femmes comme outils pour faire avancer les dossiers : « *Tout n'est pas dans le plan... On utilise aussi les mesures provinciales selon les dossiers* ».

Parmi les difficultés rencontrées, il ne faut pas négliger les ressources financières limitées des groupes de femmes, considérant la contribution requise aux travaux du comité aviseur, même si des frais de déplacement et de repas sont versés en compensation.

« *Quand il y en a une qui part en consultations, il faut qu'elle soit remplacée. On n'est pas sur le même pied d'égalité, ça fait qu'il n'y a pas d'équité sur le plan du partenariat.* » (intervenante d'un groupe de femmes)

Selon les avis recueillis, la place de la responsable en condition de vie des femmes au sein de la RRSSS pourrait devenir délicate si elle n'est pas bien soutenue par la direction et si elle n'a pas une compréhension claire de son rôle. En effet, ce rôle exige à la fois un intérêt de la titulaire pour les questions traitées au comité aviseur et une certaine réserve dans sa fonction d'intermédiaire entre le comité et la RRSSS.

« *On a pas mal de chemin à faire sur la prise en compte de la situation des femmes, les façons d'intervenir et l'analyse différenciée. Le comité aviseur nous oblige à une vigilance. C'est une valeur ajoutée importante.* » (cadre de RRSSS)

De plus, le mouvement des femmes dans cette région est mobilisé en regard des enjeux liés à la considération des besoins particuliers des femmes dans la planification régionale en santé et services sociaux. Malgré les limites, certaines intervenantes des groupes de femmes identifient des retombées concrètes de ce travail de concertation au plan de la reconnaissance et du financement de certains services destinés aux femmes, tout en soulignant que les progrès sont lents et exigent la constance et la persévérance des femmes en cause.

L'adoption en juin 2001 du projet de loi 28 modifiant la gouverne du réseau sociosanitaire au Québec inquiète les membres du comité aviseur car il modifie la composition et le mode de nomination du conseil d'administration et de la direction générale de la RRSSS, désormais nommés directement par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

« *Actuellement, il y a une espèce de flou démobilisant. Ça nous déstabilise un peu parce qu'effectivement, est-ce que c'est provincial ou régional? Je ne sens plus qu'ici en région, il y a quelque chose qui se passe, qu'il y a du pouvoir. Les budgets sont juste déposés à la régie. La régie a un rôle de gestionnaire, pas un rôle décisionnel... C'est difficile à croire qu'ils ont une*

> *influence véritable à ce moment-là du côté du spécifique femme.* » (membre du comité aviseur)

Ces changements législatifs sont pris en compte dans les recommandations présentées plus loin.

Faits saillants
Les rapports entre les groupes de femmes et la RRSSS dans la région A se caractérisent :

- par un comité aviseur en condition de vie des femmes actif et reconnu;
- par la concertation avec des représentantes du milieu communautaire, qui assurent une continuité au conseil d'administration;
- par la place de la responsable en condition de vie des femmes au sein de la structure organisationnelle de la RRSSS et l'appui de la direction, ce qui lui permet d'exercer une influence sur la programmation;
- par le travail de cette responsable pour consolider le comité aviseur et sensibiliser les professionnels de la RRSSS à l'approche différenciée selon les sexes. Ces caractéristiques facilitent le suivi des engagements inscrits dans le PROS et la prise en compte des préoccupations des groupes de femmes dans la mise en oeuvre des services sociaux et de santé.

La région B
Les préoccupations des femmes consultées
Cette vaste région éloignée des grands centres urbains est productrice de ressources; l'attachement de la population à chacune des municipalités régionales de comté (MRC) marque les dynamiques régionales et se reflète dans l'organisation du réseau public de santé et de services sociaux. Pour la RRSSS, « tous les services de base et le maximum de services spécialisés doivent être accessibles dans chacune des MRC »; on retrouve ainsi dans la plupart des MRC des établissements de santé avec des missions fusionnées (CH-CLSC-CHSLD).

La population de la région est très majoritairement francophone, avec moins de 5 p. 100 d'anglophones; elle comprend une proportion d'Autochtones parmi les plus fortes au Québec. L'adaptation des services aux besoins spécifiques des femmes autochtones interpelle tous les services sociaux et de santé dans la région[29].

> « *La régie, les groupes de femmes et les établissements, on ne sait pas trop si on devrait intervenir* [avec les Autochtones]. *Quand on pense qu'on devrait, on ne sait pas trop comment. Ils prennent de plus en plus en charge leurs propres services ce qui fait que le malaise est encore plus grand.* »
> (professionnelle de la régie)

L'appauvrissement des femmes et la violence conjugale ressortent dans les préoccupations des femmes interrogées; la formation dans des secteurs non traditionnels pour favoriser l'accès des femmes au marché du travail et conséquemment, leur autonomie financière, est vue comme importante. L'accès à des services médicaux est très difficile à cause de

la pénurie de médecins dans la région; les délais d'attente sont tels que bien des gens ont renoncé à se faire suivre par un médecin de famille. Une autre préoccupation porte sur l'éloignement et l'absence de services publics de transport qui exacerbent l'isolement et la vulnérabilité des femmes, notamment les femmes handicapées qui n'ont pas d'autre choix que des services bénévoles pour se déplacer. Nos informatrices rapportent que les listes d'attente pour obtenir des services sociaux ou psychologiques en CLSC sont longues et que les personnes qui bénéficient d'assurances individuelles ou collectives ont recours aux professionnels en pratique privée pour contourner les carences des services publics.

Avec les compressions financières dans le réseau public, les organismes communautaires sont de plus en plus sollicités pour répondre à des demandes de services pour des problèmes complexes, phénomène qui préoccupe les groupes de femmes.

> *« Il y a peu de choix pour les femmes. Le communautaire n'est plus une alternative avec les protocoles d'entente. Les CLSC veulent baisser leurs listes d'attente; ils ont des quotas à atteindre et voudraient nous transformer en groupes intermédiaires. »* (membre du comité santé du regroupement régional des groupes de femmes)

Dans ce contexte, les rapports entre les groupes de femmes et le réseau public de santé et de services sociaux sont tendus.

Le PROS de la région B

La démarche qui a accompagné la préparation du PROS de 1998-2002 de la RRSSS a suscité beaucoup d'insatisfaction parmi les femmes consultées car la consultation a été très restreinte.

> *« Un bilan a été fait* [par la RRSSS], *validé et soumis à des gens lors d'ateliers* [d'une journée]. *Tout le monde était réuni par programme ou par dossier. Pour conditions de vie des femmes, il n'y a pas eu de rencontre comme telle, on l'a traité à l'intérieur de la santé publique. »* (professionnelle de la RRSSS)

Une femme active au sein du regroupement des femmes de la région explique les pressions qui ont été exercées sur la RRSSS pour que le regroupement puisse prendre part à la consultation.

> *« La consultation... c'est une vraie farce. Si on n'avait pas bougé, on n'aurait pas été consultées.* [La régie] *n'avait pas prévu de consultations. Les groupes communautaires dont la table* [des groupes de femmes] *ont dit : il faut s'inscrire dans le plan. C'est là qu'ils* [la régie] *ont organisé vite des consultations, puis ça été dur d'avoir les documents. C'était des consultations par programme. Comme on n'a pas de programme* [femmes], *on a été partout sur tous les programmes... Il n'y a pas eu d'audiences publiques pour recevoir les mémoires. Donc on a fait acheminer* [le mémoire des groupes de femmes] *à tous les membres du CA et on a demandé que ce*

> *soit discuté au CA.* » (membre du comité santé du regroupement régional des femmes)

L'ajout d'une section portant sur les conditions de vie des femmes dans le PROS de 1998-2002 est donc considéré par certaines informatrices comme un compromis des groupes de femmes qui réclamaient un programme spécifique « femmes » dès 1996, tandis que d'autres sont d'avis que le fait d'avoir une section traitant des conditions de vie des femmes dans le PROS est « un atout, d'autant plus que la régie indique qu'elle a besoin d'une ressource à temps plein pour le réaliser. »

En fait, le PROS de 1998-2002 reprend les engagements de la planification précédente en matière de conditions de vie des femmes et propose de dresser un portrait régional, suivi d'un plan d'action pour l'adaptation des services aux besoins des femmes. De l'avis des femmes consultées, la lenteur de la démarche est inquiétante.

> « *Le plan conditions de vie* [des femmes] *aurait dû être fait sous le premier plan de transformation en 97, puis n'a jamais été fait. Pendant trois ans, on n'a eu que la table des matières. On se sent encore dans la même affaire. Il pourrait être sur la tablette.* » (membre du comité santé du regroupement régional des groupes de femmes)

Dans le PROS, la RRSSS explique la situation par le manque de ressources et indique que l'ajout d'une nouvelle ressource à temps complet sera nécessaire pour faire le suivi des objectifs énoncés dans le PROS en regard des conditions de vie des femmes, ce qui requiert un montant récurrent de 70 000 dollars du MSSS.

La fonction de répondante en condition de vie des femmes

Plusieurs informatrices ont souligné qu'il n'y a pas de membre du personnel de la RRSSS dont le mandat prioritaire porte sur la condition féminine. À la direction des programmes, une professionnelle consacre environ un jour par semaine au dossier de la violence faite aux femmes. Une autre professionnelle rattachée à la santé publique a la responsabilité de réaliser le portrait régional et le plan d'action sur les conditions de vie des femmes. Toutefois, la majeure partie de son temps doit être consacré au dossier de la prévention du suicide, de sorte qu'il lui reste peu de temps à consacrer à la préparation du plan d'action en condition féminine.

> « *Quand je suis arrivée, ... il y avait une table des matières. J'avais pas de chercheur avec moi. J'ai fait un portrait assez général et après je vais reprendre chacun des programmes et essayer de documenter ça en lien avec les différences hommes/femmes. Il faut avoir une analyse différenciée puis organiser les services en conséquence. C'est mon but sauf que j'ai tellement peu de temps à consacrer à ça et pas beaucoup de support. C'est pas un dossier qui est populaire à la régie. Il est un peu comme invisible à la régie.* » (professionnelle de la RRSSS)

Cette perception est partagée par des professionnelles cadres de la RRSSS.

De plus, la RRSSS n'a pas de comité aviseur en condition de vie des femmes rattachée à sa structure organisationnelle.

> *« S'il y avait un comité aviseur plus à l'interne ou plus officiel dans les structures de la régie, je pense que ça aiderait parce que, parmi ceux qui influencent, s'il y a personne à l'interne qui est assez motivé par ce dossier, l'influence vient de l'extérieur... quand les groupes vont faire pression. »* (professionnelle de la RRSSS)

L'absence d'un comité aviseur à la RRSSS et les ressources limitées consacrées à la réalisation du plan d'action en matière de santé, bien-être et condition de vie des femmes traduisent, selon certaines interlocutrices, un manque de volonté en matière de condition féminine de la part de la direction de la RRSSS.

Les interactions entre les groupes de femmes et la RRSSS

Le regroupement régional des groupes de femmes est très mobilisé autour des enjeux relatifs à la santé et au bien-être des femmes et son comité santé est consulté de façon informelle par les responsables du dossier de la condition de vie des femmes de la RRSSS.

> *« C'est comme si le comité* [de la table régionale des groupes de femmes] *est le comité aviseur pour* [la régie]. *Il n'est pas officiellement nommé comme ça mais il joue ce rôle là... J'y allais de façon régulière à toutes les rencontres, mais pour les dernières, j'ai eu comme une période réservée sur les dossiers qui concernent la régie. Je ne suis pas là pour leur partie concertation entre elles. »* (professionnelle de la RRSSS)

Le rôle du regroupement régional des groupes de femmes s'explique par sa participation de longue haleine. Dès la création de la RRSSS, les groupes de femmes ont exercé un leadership dans la mobilisation du mouvement communautaire, afin qu'il prenne sa place dans les instances décisionnelles régionales en santé. La présence d'un siège réservé aux groupes de femmes, dans la représentation du milieu communautaire au conseil d'administration de la RRSSS[30], a servi au mouvement des femmes de la région pour y faire valoir directement ses préoccupations, suscitant parfois quelques résistances.

> *« Ici la CROC* [coalition régionale des organismes communautaires] *a été mise sur pied par les groupes de femmes. Les autres organismes trouvent que la problématique femme prend trop de place, qu'elle a trop de financement. C'est pas si facile qu'ils nous appuient. On parle fort dans plusieurs dossiers et on peut être dérangeantes. »* (membre du comité santé du regroupement régional des groupes de femmes)

De l'avis des membres du conseil d'administration que nous avons consultées, les dynamiques au sein du conseil d'administration de la RRSSS sont souvent le terrain de luttes d'influence entre les MRC de la région. L'une d'elles exprime son scepticisme sur la possibilité d'y exercer une réelle influence.

> *« Le poste au CA a surtout permis de rehausser la crédibilité des groupes de femmes. Ça a mis en lumière comment on travaille. On reconnaît la compétence des personnes, mais pas la lutte ni l'intervention féministe... Mais de là à assumer que les femmes vont changer les conditions de pratique, c'est deux. Il n'y a pas de conditions facilitantes. »* (membre du comité santé du regroupement régional des groupes de femmes)

Certaines des femmes consultées privilégient alors une pression plus directe sur la direction de la RRSSS pour faire avancer le dossier de la condition de vie des femmes.

> *« Présentement, il n'y a pas beaucoup d'autres canaux sauf que les groupes* [de femmes] *passent souvent directement par le DG* [directeur général] *depuis un certain temps. Je pense que c'est une bonne stratégie parce qu'il est préoccupé par ce qu'on fait du dossier de condition de vie des femmes. Même qu'il est un peu inquiet des fois, je dirais, de ce que les groupes de femmes peuvent faire. Il est à l'écoute. »* (professionnelle de la RRSSS)

Plusieurs membres du comité santé du regroupement régional des groupes de femmes sont d'avis que l'issue de leurs démarches visant à influer sur la planification régionale reste peu satisfaisante. « Si on remonte à cinq ou dix ans, il y a des pas, mais il a fallu lutter et il faut encore lutter pour maintenir nos acquis... Je pense qu'on est devenues incontournables », disent certaines tandis que d'autres affirment que « c'est pas clair s'il y a des progrès. On a juste remodelé le discours... parce que le reste ne suit pas. » Considérant l'intervention importante et prolongée du mouvement des femmes dans cette région relativement aux questions de santé des femmes, nos informatrices s'inquiètent aussi de la re-centralisation amorcée par le MSSS avec le projet de loi 28, qui réduit les marges de manoeuvre des RRSSS et la possibilité d'exercer une influence sur une base régionale.

Faits saillants

Dans la région B, les rapports entre les groupes de femmes et la RRSSS oscillent entre la collaboration et la pression. Le regroupement régional des groupes de femmes s'est mobilisé afin d'obtenir, de la RRSSS, l'engagement d'élaborer un plan d'action en matière de santé des femmes dans le PROS. Toutefois cet engagement tarde à se concrétiser, malgré les pressions exercées : « Honnêtement là, on va être franches, nous dit une professionnelle cadre, je pense que la sensibilisation est là, dans chacun des programmes, surtout selon la pression exercée. » Le comité santé du regroupement régional des groupes de femmes ne dispose pas des leviers qui lui permettraient d'assurer un suivi systématique des engagements inscrits dans le PROS. L'absence d'un comité aviseur en condition de vie des femmes en lien avec les instances décisionnelles de la RRSSS et le fait que la professionnelle responsable d'élaborer le plan d'action en santé des femmes ait peu de temps à y consacrer compte tenu de ses mandats compromet l'engagement de la RRSSS. En somme, la pression externe ne suffit pas; l'engagement de la direction et le soutien de ressources adéquates pour faire le suivi sont nécessaires afin de garantir l'élaboration et la mise en oeuvre du plan d'action prévu.

La région C

Les préoccupations des femmes consultées

Cette région est fortement urbanisée et compte une population nombreuse et diversifiée au plan socio-économique et au plan de l'origine ethnoculturelle. Cette diversité constitue un défi pour le réseau de la santé et des services sociaux qui offre une vaste gamme de services allant de programmes communautaires locaux à des activités ultra-spécialisées accessibles à la population de l'extérieur de la région.

La proportion de familles monoparentales et de personnes vivant seules est plus élevée dans cette région qu'ailleurs au Québec; il s'agit souvent de femmes responsables de familles monoparentales et de femmes âgées ou marginalisées qui connaissent la pauvreté. Les problèmes de pauvreté et de violence à l'égard des femmes sont mentionnés fréquemment comme des problèmes importants, par les femmes consultées.

Selon des intervenantes issues d'organismes communautaires actifs dans les communautés ethnoculturelles, la population immigrante connaît plusieurs difficultés : isolement dû à la barrière de la langue, discrimination au niveau du logement, non-reconnaissance de la formation acquise dans le pays d'origine, emplois précaires, difficultés conjugales et familiales liées au choc des valeurs tant dans les relations entre les femmes et les hommes que dans les rapports entre parents et enfants (Zambrana, 1988; Vissandjée et coli., 1998). Les personnes récemment immigrées sont souvent déroutées par la complexité du système de santé et la méconnaissance de ses modes de fonctionnement.

> *« Il faut toujours s'allouer plus de temps pour pouvoir expliquer où aller chercher parce qu'il y a des incompréhensions et parfois, c'est même pas la langue.* » (intervenante d'un groupe oeuvrant dans les communautés culturelles)

Toutefois, les opinions divergent sur les moyens à développer pour que les besoins spécifiques de ces communautés soient mieux pris en compte. Certaines suggèrent qu'il y ait des postes réservés à des représentants ou représentantes de ces communautés dans les structures décisionnelles du réseau sociosanitaire. D'autres comptent plutôt sur l'approche globale mise de l'avant par l'intervention féministe.

Les groupes de femmes sont préoccupés de la diversité des situations vécues par les femmes et certains s'efforcent de faire reconnaître les besoins particuliers des femmes qui vivent des situations de marginalité, comme les femmes lesbiennes, les femmes handicapées ou les femmes itinérantes :

> *« Quand on a commencé à parler de violence pour les femmes handicapées, ... on se faisait dire par tout le monde que ça ne se pouvait pas »;* ou encore *« il y a 15 ans, ils ne reconnaissaient même pas l'existence de femmes itinérantes, il a fallu le démontrer.* » (intervenante d'un groupe de femmes)

Certaines de nos informatrices craignent toutefois que l'approche centrée sur des clientèles jugées « à risque », entraîne une fragmentation des services et contribue à exercer un contrôle social, surtout sur les femmes marginalisées.

Le virage ambulatoire fait aussi l'objet de vives critiques par les femmes consultées en raison des ressources jugées insuffisantes et des conséquences négatives pour les femmes. Certaines sont aussi d'avis que les services du réseau public, notamment les services de première ligne en CLSC, devraient être plus accessibles: « Il y a des CLSC un peu trop fonctionnarisés là, qui ne sont pas assez proches... des populations » (membre du conseil d'administration de la RRSSS).

Des interlocutrices considèrent que le peu d'attention accordé aux besoins des femmes mène à des carences importantes dans la gamme de services disponibles dans le réseau public de services. En voici quelques exemples :

> *«On refuse de reconnaître la spécificité femme actuellement, dans tout ce qui a lieu aussi en santé mentale... il n'y a pas de centre de crise pour femmes; alors les femmes sont souvent harcelées, pas seulement par les intervenants, mais par la clientèle... mais on n'en tient pas compte vraiment du besoin de sécurité des femmes dans les interventions en santé mentale. »* (intervenante d'un groupe de femmes)

> *« On parle beaucoup de vieillissement de la population, mais on n'a pas développé des programmes qui tiennent compte du vieillissement de la population des femmes. Alors quand les femmes sont en recherche d'informations sécuritaires et raisonnables sur la ménopause par exemple, sur l'hormonothérapie ou sur les pratiques alternatives, ... il n'y a pas de programme qui émane de la santé publique... pour éduquer les médecins et les établissements publics pour ensuite donner l'information aux femmes.»* (intervenante d'un groupe de femmes)

Nos interlocutrices ont mentionné que les groupes de femmes n'ont d'autres choix que de compenser les carences du réseau public, malgré leurs ressources limitées.

Le PROS de la région C

Dans la consultation qui a accompagné la préparation du PROS de 1998-2002, la RRSSS a utilisé plusieurs moyens pour joindre différents publics : la population, les comités d'usagers, les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux et de nombreux groupes et organismes intéressés par les questions de santé. En plus de la réception de mémoires et de la tenue d'audiences publiques, la RRSSS a organisé des forums thématiques, elle a réalisé des sondages par téléphone et sur Internet et des représentants de la RRSSS ont participé, sur demande, à quelques rencontres pour expliquer le PROS projeté à des groupes de citoyens et citoyennes. Ces consultations ont été accompagnées de campagnes de publicité dans les journaux pour informer la population.

Les membres du conseil d'administration de la RRSSS que nous avons consultées ont confirmé les efforts d'ouverture en matière de consultation ainsi que l'intervention active du conseil d'administration dans cette démarche. Un rapport des membres du conseil d'administration de la RRSSS, représentant le milieu communautaire, confirme ce point de vue :

> « Tous et toutes ont estimé que les pratiques de consultations et d'audiences publiques, voire même d'audiences télévisées de la régie, étaient dignes de mention. Les consultations effectuées par la régie sont donc respectueuses d'un point de vue démocratique. La seule nuance à souligner se rapporte au fait que certaines questions auraient mérité selon nous des consultations publiques alors que ce ne fut pas toujours le cas. » (extrait du rapport)

Cependant, force est de constater qu'un très petit nombre de mémoires (3/120) présentés lors des audiences publiques l'ont été par des groupes oeuvrant en condition féminine[31]. Seule une brève mention de l'analyse différenciée selon les sexes est inscrite dans le bilan des consultations : « Il est aussi souhaité de rendre spécifique le genre féminin dans l'ensemble des programmes et services», mais elle reste sans conséquence dans la suite du PROS.

Le PROS de 1998-2002 de la RRSSS est basé sur des *continuum* de services en santé physique, en santé mentale ou ciblant des clientèles ou des problématiques particulières; il n'inclut pas de section sur les conditions de vie des femmes. Deux programmes concernant spécifiquement les femmes reçoivent une attention particulière : l'intervention en matière de violence faite aux femmes et la lutte contre le cancer du sein. À l'exception de ces programmes résultant d'orientations ministérielles, le PROS n'introduit ni objectif, ni orientation spécifique, pour prendre en considération les caractéristiques de la population féminine. Comme le souligne un avis du Conseil du statut de la femme (Québec, CSF, 1999b), les orientations ministérielles en planification des naissances, la politique de périnatalité, et les orientations ministérielles sur l'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles ne sont pas reprises explicitement dans ce PROS; plusieurs *continuum* reproduisent l'invisibilité des femmes en ignorant la féminisation du vieillissement et de la pauvreté, ainsi que les effets particuliers du virage ambulatoire sur les femmes aidantes.

La fonction de répondante en condition de vie des femmes

Le questionnaire rempli par la RRSSS à l'été 2000 indiquait qu'il n'y avait pas de répondante ni de comité aviseur en condition de vie des femmes et que ce dossier était géré de façon transversale. Une professionnelle de la RRSSS s'est vue confier le mandat de coordination en condition féminine et son rôle consiste surtout à répartir les dossiers entre les diverses unités responsables dans l'un ou l'autre *continuum* de services. Sa responsabilité porte principalement sur la mise en oeuvre de la politique en matière de violence faite aux femmes et le suivi auprès des groupes de femmes financés par le programme de soutien aux organismes communautaires. Son poste a été muté de la direction de la santé publique à la direction de la programmation-coordination, dont il relève actuellement. De l'avis de la titulaire du poste, ce nouveau rattachement favorise des contacts plus fréquents avec les groupes communautaires qui interviennent en condition féminine.

Cette approche de gestion répartissant le dossier de condition féminine entre divers services s'accompagne d'une multiplication des lieux de concertation[32], qui n'est pas sans conséquence sur les énergies requises des groupes de femmes; certaines femmes consultées ont l'impression de s'activer sans obtenir de résultats concrets.

> *« Dans d'autres régions, il aurait pu y avoir une écoute beaucoup plus peut-être, parce que... à la régie, ils sont plus proches de la communauté.* [Ici], *c'est vraiment énorme et l'énergie que ça prend aussi, les instances et les lieux... de concertation puis les comités, c'est phénoménal. C'est pas possible de suivre tout ça, que les mêmes personnes soient appelées à aller sur 25 comités, tu n'as plus de raison d'être dans ton centre. »* (intervenante d'un groupe de femmes)

Divers réseaux régionaux de groupes de femmes ont réuni leurs efforts afin d'obtenir des changements dans la coordination du dossier de la condition féminine dans la structure organisationnelle de la RRSSS. Des interventions ont été faites lors d'une séance du conseil d'administration de la RRSSS pour demander que la répondante en condition de vie des femmes ait des responsabilités plus claires et des liens plus directs avec la direction de la RRSSS.

En réponse à cette démarche, le conseil d'administration de la RRSSS a demandé un état de situation concernant les activités en matière de condition de vie des femmes. Le rapport remis au conseil d'administration souligne que « nombre d'actions en matière de condition féminine sont également posées ou en voie d'être réalisées dans plusieurs continuum... et ce, bien qu'elles ne fassent pas l'objet de mesures spécifiques dans ce plan d'amélioration des services de santé et de services sociaux ». Différentes activités réalisées par la RRSSS elle-même ou en concertation avec différents partenaires sont alors répertoriées dans les différents *continuum* de services, notamment dans les services aux personnes âgées et les activités de dépistage et de référence pour les jeunes femmes enceintes toxicomanes.

Les femmes consultées nous ont fait part de leur point de vue sur ce rapport qui, à leur avis, se fait l'écho de l'absence d'une approche intégrée en matière de condition de vie des femmes, donnant lieu à des actions morcelées.

> *« Quand j'ai regardé le rapport qu'on a eu de la régie sur qu'est-ce qu'ils ont fait pour donner des services aux femmes, c'est beaucoup le fonctionnement par projet... C'est la façon de concevoir, alors si j'ai une suggestion à faire, c'est d'arrêter de penser de cette façon là. On ne va jamais trouver des solutions aux problèmes sociaux comme ça. C'est très réducteur. »* (intervenante d'un groupe de femmes)

La RRSSS a également fourni au comité santé de la table régionale des groupes de femmes la liste d'une douzaine de professionnel-les réparties dans les différents services de la RRSSS et identifié-es comme répondant-es en condition de vie des femmes, ce qui ne correspond pas aux perceptions des intervenantes issues des groupes de femmes que nous avons consultées.

> *« Si je regarde avec la table des groupes de femmes et le comité santé, ce qu'on identifie actuellement, c'est qu'il n'y a pas de répondante en condition féminine à la régie régionale, même si on nous dit le contraire et on n'a pas, dans les groupes de femmes, la capacité d'identifier les personnes qui sont susceptibles de répondre à nos besoins. »* (intervenante d'un groupe de femmes)

Cette démarche, survenue pendant le déroulement de notre étude, fut aussi révélatrice des ambiguïtés qui caractérisent la compréhension du mandat de répondante en condition de vie des femmes parmi les membres du conseil d'administration et la permanence de la RRSSS, ce que révèle le commentaire suivant d'une membre du conseil d'administration :

> *«Ça fait deux ans je pense, que moi j'étais tellement sûre qu'il y avait une déléguée de la condition féminine à la régie... J'ai appris finalement qu'il n'y en avait pas et là on a ramené le dossier à la régie pour dire ça en prend... mais sauf qu'ils ont patiné. »* (membre du conseil d'administration).

Même si le résultat obtenu n'est pas satisfaisant selon les représentantes des groupes de femmes, leur démarche a ouvert un débat sur l'importance accordée au dossier de la condition de vie des femmes dans le PROS.

Les interactions entre la RRSSS et les groupes de femmes

Les rapports entre la RRSSS et les réseaux régionaux de groupes de femmes sont variables, ce qui, dans certains cas, est source de tensions. Les militantes consultées considèrent qu'il est difficile d'être entendues quand les projets ne font pas partie des priorités régionales. Certaines ont même l'impression que la mise en oeuvre de politiques ministérielles en matière de santé des femmes, non mentionnées dans le PROS, ne reçoivent pas l'attention requise.

> *« On a fait des demandes pour différents projets puis on a eu de l'argent seulement pour le cancer du sein. Pour tout ce qui s'appelle prévention, planning des naissances, on n'a jamais de nouvelles de ça... C'est ça qui nous fait dire que si on n'est pas dans les priorités, c'est plus difficile... Tu sais dans les priorités en planning qui sont supposées être mises en action depuis 97, mis à part des avortements de deuxième trimestre... il s'est toujours rien passé. Il y a moins de CLSC... il y a moins d'hôpitaux qui offrent des services. Les listes d'attente s'allongent... mais ça bouge toujours pas. »* (intervenante d'un groupe de femmes)

Selon cette femme, de telles expériences portent à croire qu'« il n'y a aucun intérêt à la problématique femmes... si on ne donne pas un projet clef en mains qui rentre complètement dans les cases de leurs fiches. » D'autres interlocutrices craignent aussi que le travail ne soit à recommencer si les professionnelles responsables du dossier sont déplacées car, à leur avis, un frein important réside dans le manque de volonté de la direction.

> *« Même nos répondantes à la régie sont aussi très démunies souvent parce qu'elles suivent des lignes directrices. C'est une structure très hiérarchique. C'est un agenda politique qui est poursuivi avec des orientations ministérielles qu'ils appliquent. On demande qu'ils appliquent certaines politiques et ils le font même pas. »* (intervenante d'un groupe de femmes)

D'autres femmes consultées considèrent qu'il y a là un recul sur le plan de la reconnaissance des différences entre les hommes et les femmes et critiquent l'absence d'orientation claire de la RRSSS en matière de condition féminine.

> *« On a tout enlevé la notion d'analyse différenciée selon le sexe... on va dans une espèce de discours de conditionnement pour nous faire accroire que les femmes deviennent violentes et puis que là les hommes ont besoin eux-autres aussi* [d'avoir] *accès au financement... on va parler des hommes abuseurs comme des personnes ayant des problèmes de santé mentale, ... des problèmes qu'on peut résoudre par la thérapie. Alors on veut envoyer de ces personnes en thérapie pour avoir cassé le bras de sa femme, pour avoir violé sa fille... Je trouve ça particulier. »* (intervenante d'un groupe de femmes)

Elles s'interrogent également sur l'impact de l'adoption du projet de loi 28, alors que le rôle attendu des RRSSS consistera de plus en plus à traduire les politiques du MSSS dans leur PROS. Cette question soulève de vives préoccupations chez les militantes que nous avons consultées en ce qui concerne les interactions entre la RRSSS et les groupes de femmes.

Faits saillants

Dans la région C, le PROS de 1998-2002 de la RRSSS énonce peu d'engagement précis en matière de condition de vie des femmes. Bien que le PROS ne résume pas toutes les interventions de la RRSSS, les engagements qui y sont inscrits sont ceux qui retiennent l'attention des instances décisionnelles. De plus, l'approche transversale dans la gestion du dossier de la condition de vie des femmes, telle que préconisée par la RRSSS, se traduit dans les faits par l'absence de mécanismes internes pour en assurer l'intégration et le suivi systématique dans l'environnement complexe des services sociaux et de santé de la région. L'action concertée de divers réseaux féministes a permis récemment de raviver le débat, au sein de la RRSSS, sur l'intégration de l'approche différenciée selon les sexes dans la planification régionale et sur la nécessité d'une réelle coordination en matière de condition de vie des femmes. Toutefois, cette démarche n'assure pas de continuité dans le suivi du dossier, en l'absence de comité aviseur en condition de vie des femmes.

La région D

Les préoccupations des femmes consultées

Cette vaste région est située en banlieue d'un grand centre et connaît une croissance rapide de sa population. Elle comprend plusieurs villes de plus de 30 000 habitants et un secteur rural situé en périphérie de la région. Elle compte près de 10 p. 100 d'anglophones et les diverses communautés culturelles représentent un peu plus de 5 p. 100 de la population. Une communauté autochtone parmi les plus nombreuses est établie dans la région.

En ce qui concerne la situation des femmes, les problèmes de violence et de pauvreté sont mentionnés fréquemment par les femmes consultées, comme dans les autres régions.

> *« Les femmes arrivent quand elles sont sur le point d'avoir des problèmes de santé mentale, de manque d'estime de soi, elles vivent la surcharge et l'appauvrissement suite à une séparation... Les femmes peu scolarisées, qui ont été en couple 25-30 ans et qui vivent une séparation, sont très dépendantes du conjoint et vivent beaucoup d'isolement. »* (intervenante d'un groupe de femmes)

Les groupes communautaires qui travaillent avec les différentes communautés culturelles jouent un rôle important d'information auprès de cette population, concernant les différents programmes et services sociaux et de santé disponibles. Les immigrantes sont particulièrement vulnérables car leur isolement et leur situation de dépendance à l'égard du conjoint sont accentués.

> *« Parfois le mari est arrivé quelques années avant, il a fait son intégration... Il y a une question de communication entre deux êtres qui ont été éloignés, qui n'ont peut-être pas, pendant ces années-là, développé les mêmes façons d'être, les mêmes attitudes ... La femme arrive avec les enfants et c'est malheureux mais ça produit une rupture... elle n'a pas de membres de sa famille, elle ne parle pas la langue, elle ne connaît pas les services qui sont offerts, alors on a un petit monde restreint. »* (intervenante d'un organisme actif avec les communautés culturelles)

La difficulté d'avoir un médecin de famille et les délais d'attente pour obtenir des services psychologiques dans les CLSC sont fréquents dans la région. La coordonnatrice de la table des groupes de femmes de la région souligne aussi la difficulté d'accès aux services pour les femmes qui vivent en milieu rural sans moyen de transport.

Le PROS de la région D

La préparation du PROS de 1999-2002 a été précédée d'un bilan et d'un exercice de priorisation et accompagnée d'une consultation sur invitation[33]. Le conseil d'administration a créé un comité *ad hoc* de six de ses membres pour suivre les travaux de préparation. Il a décidé de tenir des audiences publiques qui n'avaient pas été prévues initialement. Un peu plus d'une soixantaine de mémoires y ont été présentés.

Cette consultation s'est faite rappidement et des intervenantes des groupes de femmes, qui ont consacré beaucoup d'énergie à formuler des recommandations communes, sont d'avis que leurs efforts pour sensibiliser les responsables de la RRSSS ont eu peu de résultats. Les conditions de vie des femmes ne font pas l'objet d'analyse particulière et le PROS ne contient pas d'engagements structurés en ce domaine.

> *« Les services sont plus ou mois adaptés, compte tenu du fait qu'on n'a pas une prise en compte des différences entre les hommes et les femmes; on ne l'a pas dans le plan de consolidation 1999-2002, il n'y a aucune donnée sexuée.*

> *On a des données par âge, mais pas de données sexuées.* » (intervenante des groupes de femmes)

L'invisibilité de la réalité particulière des femmes et des différences entre les sexes s'étend à l'ensemble de la planification régionale, selon des femmes consultées. Dans le volet portant sur les services aux personnes âgées, par exemple, la seule mention de la différence entre les femmes et les hommes porte sur le fait que les femmes consomment plus de médicaments que les hommes.

La violence conjugale est abordée comme une problématique parmi d'autres dans la section sur *«les traumatismes non intentionnels et intentionnels »*, intégrée au volet de santé publique. Cette approche a provoqué l'insatisfaction des groupes de femmes de la région.

> *« Ils nous ont consultées sur le plan de consolidation qui était en voie d'adoption et là on notait la disparition du programme-clientèle violence faite aux femmes, ce qui changeait plutôt pour un programme-clientèle violence en général. Il n'y avait plus de spécificité femmes là. Ça a été une grande perte. Comme je vous dis, on a participé, on a dénoncé* [le projet]... *Il y a eu un mémoire de déposé. Tous les groupes de femmes se sont prononcés haut et fort contre la disparition du programme... ça n'a pas donné rien.* » (intervenante d'un groupe de femmes)

Ce changement est perçu comme un recul et un rejet des demandes portées par l'ensemble des groupes de femmes de la région; il fait craindre aux femmes consultées que les budgets affectés aux interventions auprès des femmes victimes de violence conjugale ne soient en partie détournés vers les ressources pour hommes violents.

Dans le PROS de 1999-2002, l'approche privilégiée par la RRSSS en matière de condition de vie des femmes est ainsi décrite par un responsable :

> *« Ce qu'on voulait faire, c'est de s'assurer que la préoccupation de la condition de vie des femmes soit intégrée, dans le fond, aux programmes-clientèles de manière à ne pas en faire un silo... On traite des problématiques santé à l'intérieur desquelles on retrouve différentes clientèles que là on va identifier soit par l'âge, soit par le sexe ou dans d'autres cas, ça pourrait être la nationalité. Dans l'approche santé publique, la catégorie âge est plus intéressante parce qu'elle définit des populations et en même temps elle peut définir des milieux d'intervention : les écoles, les milieux de travail.* » (cadre de la RRSSS)

Un autre professionnel de la RRSSS est d'avis que :

> *« la variable sexe est considérée,... mais je dirais que c'est peut-être pris en compte d'une manière indirecte à travers des indicateurs comme la pauvreté, la mortalité* », ajoutant que les femmes sont : *« une clientèle qui va compter plus ou moins selon les problématiques.* » (professionnel de la RRSSS).

De l'avis des femmes consultées, le PROS ne fait que reproduire des priorités du MSSS, comme les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (Québec, MSSS, 1996) :

> *« Même pour la violence conjugale, on parle de traumatismes intentionnels mais ça, ça vient par exemple de Québec. Ça c'est important parce que j'ai feuilleté le plan de consolidation mais j'ai feuilleté aussi tout le plan de la santé publique* [du ministère][34]. *Puis c'est du mot pour mot là, j'ai retrouvé du copié-collé dans le plan de consolidation. »* (intervenante d'un groupe de femmes)

Pour résumer les actions entreprises par la RRSSS en matière de condition féminine, on nous a référé au bilan régional de la mise en oeuvre du *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises* (Québec, SCF, 1997a) préparé par la Conférence administrative régionale (CAR). On y répertorie des activités en santé et services sociaux portant sur les mesures de soutien, d'accompagnement et de répit aux aidantes; le développement des pratiques et protocoles en courts séjours en périnatalité-obstétrique; le suivi de la politique en violence conjugale; et des interventions en vue de mettre en oeuvre les *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* (Québec, MSSS, 2000c). Des comités intersectoriels découlant de politiques gouvernementales en matière de violence conjugale et d'agressions sexuelles ont été mis en place par la RRSSS et certains ont donné des résultats satisfaisants, selon des informatrices : « On a pu voir tous les protocoles d'entente [en violence conjugale] signés dans la région grâce à l'énergie de ce comité. »

Le rapport de la CAR indique toutefois que certaines cibles d'actions sectorielles n'ont donné lieu à aucune action de la RRSSS, que ce soit pour adapter les services de soutien à l'intention des femmes en situation vulnérable, pour évaluer l'impact de la transformation du réseau sur les familles et les proches ou pour définir des indicateurs spécifiques aux femmes. Considérant les résultats de ce bilan de l'action gouvernementale dans la région en ce qui concerne le dossier de condition féminine, la CAR a recommandé que les ministères et organismes gouvernementaux membres désignent au sein de leur organisation une personne pour agir à titre de répondante à la condition féminine.

La fonction de répondante en condition de vie des femmes

La RRSSS ne s'oriente pas dans le sens des recommandations de la CAR, comme l'a confirmé un cadre de l'institution.

> *« Dans la régie, de fait, il n'y a pas de personne attitrée à la condition de vie des femmes de façon formelle. Ce n'est pas un dossier, un programme-clientèle par exemple, qui a une forme à voir avec la régie, donc qui nous est dictée par le ministère. La préoccupation, elle est présente dans le fond dans chacun des programmes-clientèles. »* (cadre de la RRSSS)

Jusqu'à récemment, deux professionnelles de la RRSSS étaient affectées au dossier de la condition de vie des femmes : l'une à la direction des services et l'autre à la direction de la santé publique. Elles se répartissaient le suivi des différents dossiers relatifs à la condition de

vie des femmes et elles représentaient des interlocutrices stables pour les différents groupes de femmes de la région.

> *« Il y avait une responsable en condition féminine qui existait informellement, mais qui était là et avait des préoccupations. Mais ils nous ont dit que ce n'était pas dans les structures, que c'était quelque chose qui était informel. »* (intervenante d'un groupe de femmes)

Dans ce contexte, les canaux de communication entre la RRSSS et la table régionale des groupes de femmes ont été rompus. Cette situation a contribué à créer l'insatisfaction et à déplacer les modes de communication vers des dynamiques de pressions ciblant les instances dirigeantes de la RRSSS qui n'a pas non plus de comité aviseur en condition de vie des femmes, malgré des demandes répétées des regroupements de femmes de la région.

Les interactions entre les groupes de femmes et la RRSSS

Les rapports entre la RRSSS et les groupes de femmes sont marqués par une accumulation d'expériences négatives. Un exemple cité par plus d'une informatrice est le fait que des recommandations issues d'une journée d'étude, sur le thème « Aidantes naturelles : un choix ou une obligation? », regroupant près d'une centaine de personnes membres de groupes communautaires, infirmières et professionnel-les des établissements du réseau public, ont été ignorées par la RRSSS.

> *« On a ouvert* [cette journée d'étude] *le plus large possible pour arriver à des recommandations... qui ne découlent pas seulement des groupes de femmes, mais qui sont allées chercher une adhésion plus large... On a abouti avec neuf recommandations qu'on a envoyées à chacun des CLSC en disant telle recommandation vous touche plus particulièrement, on aimerait avoir une réponse... On a envoyé la même chose à la régie régionale... On a reçu une lettre de réponse de la plupart des CLSC, nous disant c'est intéressant, on fait circuler ça, on va en tenir compte... Régie régionale, pas de réponse. »* (intervenante d'un groupe de femmes)

Face à cette situation, la table régionale des groupes de femmes a choisi d'utiliser une approche de pression auprès du conseil d'administration de la RRSSS. Ainsi, une démarche concertée des groupes de femmes visant à obtenir un soutien financier de la RRSSS à l'organisation de la Marche mondiale des femmes de 2000 a donné des résultats, à la suite des pressions exercées.

> *« Au début, la demande a été carrément refusée par la direction générale... c'était même vu comme farfelu; il n'était pas question d'aller chercher des sous pour la Marche des femmes. Finalement,on s'est pointées au conseil d'administration, je pense qu'on était peut-être 125 femmes qui se sont présentées avec du travail préalable de sensibilisation auprès des membres du CA puis on a réussi à aller chercher 50 000 dollars de ce conseil d'administration. Donc je me suis rendue compte avec cet exemple...*

> *qu'on est capable de faire un bout de chemin quand on est bien organisé, quand on fait valoir notre point de vue.* » (intervenante d'un groupe de femmes)

Les intervenantes de la table régionale des groupes de femmes qui ont plus d'interactions avec la RRSSS sont d'avis que les rapports de pression peuvent apporter davantage de résultats que la concertation. « L'approche du consensus, c'est bien le fun quand ça va bien, quand ton vis-à-vis est prêt à bouger... pendant qu'on fait ça, on n'est pas en train de se regrouper » nous a dit l'une d'elles. Pour certaines, c'est l'approche de pression qui est à retenir pour faire en sorte que la planification régionale tienne compte des besoins spécifiques des femmes. L'évaluation que fait la coordonnatrice de la table des groupes de femmes de ses contacts avec la RRSSS va dans ce sens, malgré les énergies requises pour ce faire.

> *« La question des femmes ici ça dérange, c'est pas quelque chose qui est très populaire à la régie, c'est pas quelque chose qu'ils veulent, qu'ils mettent de l'avant et il faut les réveiller là-dessus, mais ils ne répondent pas. Par rapport aux groupes communautaires plus larges, c'est déjà plus facile parce qu'il y a eu un travail intensif de la TROC* [table régionale des organismes communautaires] *depuis quatre ans. Ils talonnent la régie carrément. Nous autres par rapport à la condition féminine, ce qui est difficile, c'est le temps qui nous manque avec tous les dossiers qu'on traite.* » (intervenante d'un groupe de femmes)

Le fait que le PROS de 1999-2002 s'en tient aux cadres établis par le MSSS accentue la perception que les marges de décision du conseil d'administration de la RRSSS sont presque nulles.

> *« Dans le plan, je trouve une vision très forte de la direction de la santé publique; donc la marge de manoeuvre qui reste pour le conseil d'administration au sein de la régie régionale de changer les choses, de faire bouger les choses est très minime... Puis les conseils d'administration où j'ai assisté, toutes les fois que les membres du CA ont tenté de faire changer les choses... ça a été bien difficile.* » (intervenante d'un groupe de femmes)

Un professionnel de la RRSSS confirme également l'influence importante du MSSS sur la planification régionale.

> *« Il y a beaucoup de politiques actuellement qui nous sont envoyées du ministère et qui ont des incidences importantes en matière d'action régionale... Le Ministère est orienté par corridor de programme... De plus en plus dans les deux dernières années, la dynamique du ministère est pas mal plus directive... c'est pas mal plus prescriptif à ce moment là s'ils ont des choix, je dirais, d'allocation, de répartition budgétaire, les corridors*

> *étant plus minces, c'est plus difficile qu'auparavant.* » (professionnel de la RRSSS)

Il reconnaît que les rapports entre la RRSSS et les organismes communautaires, notamment les groupes de femmes, se caractérisent par une dynamique de pression auprès des instances dirigeantes de la RRSSS: « l'enjeu majeur ne se passe pas dans l'étape de documentation. C'est au niveau des lobby, des influences, de la gouvernance. » (professionnel de la RRSSS)

Devant les difficultés rencontrées dans les interactions avec la RRSSS, certaines intervenantes des groupes de femmes sont portées à conclure :

> « *La seule chose qui pourrait faire avancer autrement, c'est qu'il y ait vraiment quelqu'un qui porte la santé des femmes au niveau du ministère, qu'il y ait un poste... condition des femmes ou dossier femme.* » (intervenante d'un groupe de femmes)

Plusieurs lieux de concertation semblent avoir été mis en veilleuse par la RRSSS[35] qui a entrepris une consultation sur les structures participatives, il y a quelques années. Les groupes de femmes y ont de nouveau réclamé la création d'un comité de la condition féminine. Or cette démarche a été suspendue abruptement, à cause des modifications à la gouverne du réseau sociosanitaire adoptées par le MSSS. Avec ces changements, la centralisation s'accentue, augmentant l'incertitude concernant le rôle qui sera confié aux RRSSS dans un cadre où le choix des priorités d'intervention sera de plus en plus l'apanage du ministère.

Faits saillants

Les rapports entre la table des groupes de femmes et la RRSSS se caractérisent par des problèmes de communication dans un contexte marqué par l'absence d'un comité aviseur et d'une répondante en condition de vie des femmes. Les groupes de femmes sont mobilisés sur les enjeux en santé et services sociaux, mais le contexte provoque des dynamiques de pressions et des conflits. Plusieurs expériences négatives ont été rapportées par des femmes qui participent plus directement aux interactions avec la RRSSS. Cette dernière a adopté un cadre de planification tenant peu compte des politiques en matière de condition féminine. De plus, une consultation sur les structures participatives, initiée par la RRSSS, a été suspendue à cause des changements annoncés dans la gouverne du réseau public de la santé et des services sociaux.

5. QUELQUES ÉLÉMENTS PERMETTANT D'ÉCLAIRER DES PISTES STRATÉGIQUES

Les études de cas dans quatre régions illustrent les rapports entre des RRSSS et des tables régionales de groupes de femmes au Québec, en ce qui concerne la planification en matière de santé, bien-être et condition de vie des femmes. Quelques caractéristiques ressortent de l'analyse des données recueillies.

Dans les quatre régions, les groupes de femmes oeuvrent pour faire en sorte que la planification régionale en santé et services sociaux tienne compte des besoins spécifiques des femmes. L'action concertée des groupes de femmes est menée par le comité santé de la table régionale des groupes de femmes dans les régions B et C, tandis que dans la région A, les interactions entre les groupes de femmes et la RRSSS s'inscrivent dans le cadre d'un comité aviseur jouant un rôle dans les processus décisionnels de la RRSSS et dont les travaux sont bien arrimés à la programmation régionale. Dans la région C, des pressions exercées par les différents réseaux féministes ont fait ressortir l'ambiguïté des responsabilités de coordination en regard des dossiers concernant la condition de vie des femmes et ont amené la RRSSS à préciser ses orientations et ses interventions dans ce domaine. Dans la région D, la table régionale des groupes de femmes a rencontré des résistances au sein de la RRSSS, qui n'a plus de répondante en condition féminine. Selon les femmes consultées, la RRSSS a peu d'écoute pour les préoccupations des groupes de femmes et tarde à intégrer, dans la planification régionale, leurs connaissances des besoins spécifiques des femmes.

Les PROS dans les régions A et B comprennent une section traitant des conditions de vie des femmes, tandis que les PROS des régions B et C n'en ont pas. Cependant, on constate que les orientations, les politiques ou les programmes du MSSS en matière de santé des femmes, appuyés par des transferts de ressources pour leur réalisation, trouvent un écho dans les PROS[36]. Cependant, le *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes* du MSSS (Québec, MSSS, 1998) est rarement mentionné dans les PROS analysés. De même, l'utilisation de l'ADS, qui est encore au stade de l'expérimentation au sein du MSSS, n'a pas encore influencé la planification sociosanitaire dans son ensemble. Les PROS s'inspirent de la *Politique de la santé et du bien-être* (Québec, MSSS, 1992) et sont structurés à partir de *continuum* de services ciblant surtout des populations vulnérables.

Les engagements en matière de santé, bien-être et condition de vie des femmes dans les PROS n'assurent pas qu'ils auront nécessairement l'attention de la direction ou qu'ils seront réalisés en priorité. Selon la majorité des personnes consultées issues des groupes de femmes ou des RRSSS, la vigilance et la persévérance des groupes de femmes pour assurer le suivi de ces engagements sont essentielles à leur réalisation. En l'absence d'indicateurs de suivi des orientations en matière de condition féminine inscrites dans le PROS, il est plus difficile d'évaluer la réalisation des engagements et l'atteinte des objectifs en ce domaine[37]. e PROS peut constituer un levier pour faire avancer les choses, sans nécessairement assurer en soi l'atteinte des résultats annoncés, lorsque des mécanismes de communication régulière

avec les regroupements de groupes de femmes ne sont pas inscrits dans la structure organisationnelle des RRSSS.

Dans la région A, la planification régionale en santé des femmes est plutôt axée sur la mise en place de processus permettant de favoriser la contribution continue des groupes de femmes à la démarche de programmation. Un comité aviseur en condition de vie des femmes, rattaché à la direction générale de la RRSSS, a été consolidé et reconnu officiellement par une décision du conseil d'administration. À l'interne de la RRSSS, l'accent est mis sur une coordination transversale en matière de condition féminine. Cette coordination est assumée par une répondante en condition de vie des femmes qui fait le lien entre le comité aviseur et les différents services de la RRSSS avec l'appui constant de la direction. Cette approche favorise l'ouverture aux échanges, la création d'un langage commun, la sensibilisation des professionnel-les oeuvrant dans différents volets de la programmation et un climat de collaboration qui, malgré des points de vue différents à l'occasion, apporte des retombées. Ainsi, le comité aviseur en condition de vie des femmes a donné des avis sur la situation et les besoins particuliers des femmes en matière de lutte à la pauvreté ou des orientations en santé mentale; ces aspects n'étaient pas inscrits dans la section du PROS de 1998-2002 portant sur la santé des femmes, mais ils ont fait l'objet de travaux.

Dans la région B, le PROS de 1998-2002 reconduit les engagements de la période antérieure et prévoit essentiellement la réalisation d'un portrait en matière de santé des femmes qui devra servir d'assise à l'élaboration d'un plan d'action. La professionnelle responsable du dossier à la RRSSS est rattachée au secteur de la santé publique et elle dispose de peu de temps pour réaliser ce mandat; de plus, elle se trouve relativement isolée du processus continu de réalisation de la programmation au sein de la RRSSS. À son avis, les retards dans la réalisation des engagements en matière de condition de vie des femmes, inscrits dans le PROS de 1998-2002, ne sont pas en voie de se résorber faute de ressources pour les réaliser. Cette situation est source de tensions dans les rapports entre la RRSSS et le mouvement des femmes, car elle provoque le scepticisme de la table régionale des groupes de femmes quant à la volonté réelle de la RRSSS de concrétiser ses engagements.

Dans la région C, la RRSSS privilégie une approche transversale pour tenir compte des conditions de vie des femmes dans ses activités régulières de programmation des services sociaux et de santé. Toutefois, dans les faits, le mandat de la répondante en condition de vie des femmes consiste surtout à répartir les dossiers de condition féminine aux différents services, au fur et à mesure qu'ils se présentent. Des regroupements régionaux qui interviennent avec les femmes, et qui ont acquis une expertise dans l'identification de leurs besoins spécifiques et d'approches variées pour y répondre, sont actifs dans des comités sectoriels. Cependant, la table régionale des groupes de femmes ne se trouve pas en mesure d'influencer l'ensemble de la programmation régionale de façon concertée et elle réclame que la RRSSS se dote de mécanismes de coordination rattachés à la direction générale.

Dans la région D, malgré les efforts de la table des groupes de femmes pour faire entendre ses préoccupations, avec la collaboration du réseau communautaire, la communication avec la RRSSS est difficile. La RRSSS n'ayant ni comité aviseur, ni répondante en condition de

vie des femmes au moment de l'étude, la table régionale des groupes de femmes a choisi d'exercer des pressions au niveau du conseil d'administration. De plus, les cadres de la RRSSS que nous avons rencontrés étaient peu renseignés sur l'approche différenciée selon les sexes ou les programmes ou interventions de la RRSSS en matière de condition féminine.

Dans les différentes régions, la collaboration des femmes siégeant aux conseils d'administration des RRSSS, à titre de représentantes du mouvement communautaire, a permis de soutenir les interventions des groupes de femmes et de contribuer à la réalisation et au suivi des engagements des RRSSS en matière de condition féminine. Toutefois, la réforme récente dans la gouverne du réseau de la santé vient modifier considérablement le cadre d'imputabilité des RRSSS avec la nomination par le MSSS des membres des conseils d'administration et des présidents-directeurs généraux.

Enseignements tirés de l'expérience dans une cinquième région

Une entrevue additionnelle avec une militante du mouvement des femmes, siégeant au conseil d'administration d'une RRSSS ne faisant pas partie des études de cas, a été ajoutée. Dans cette région, la RRSSS a produit un état de situation sur les besoins spécifiques en santé des femmes et elle a mené une consultation régionale sur la réponse à ces besoins, dans le but d'élaborer un plan d'action. L'objectif de cette entrevue était d'élargir notre compréhension de certains facteurs qui favorisent la réalisation des engagements des RRSSS en matière de condition féminine.

L'engagement d'élaborer un plan d'action en santé des femmes était inscrit dans le PROS de 1998-2002. Cet engagement résulte des efforts constants de représentantes des groupes de femmes et des femmes qui siègent au conseil d'administration. Il en fut de même pour qu'il soit réalisé.

> *« Ce qui a été gagné quand le plan de consolidation a été fait... ça été en collaboration avec plusieurs femmes qui étaient à l'époque au conseil d'administration de la régie régionale... C'est ce qui a fait qu'on a réussi à avoir un volet santé des femmes dans le plan de consolidation de la régie. On avait aussi évidemment tout fait le processus de consultation là, mais en bout de ligne c'est qu'on poussait... de tous les bords... J'ai passé un an au CA de la régie à aller poser en période de question : Quand est-ce qu'on le fait le plan d'action en santé des femmes? Puis j'envoyais des documents. On avait une série de petits moyens de pression sur notre régie pour que ça bouge. Et quand le* [nouveau] *directeur de l'organisation des services... a été nommé, son directeur général* [de la RRSSS] *lui a dit : tu t'occupes du volet santé des femmes... Il faut qu'il se passe quelque chose... C'est depuis qu'il a pris ça en mains que ça bouge en santé des femmes. »* (membre du conseil d'administration d'une cinquième RRSSS)

La réalisation des engagements inscrits dans le PROS a donc été confiée à un cadre qui tient son mandat directement de la direction générale et qui occupe une position lui permettant

d'influencer l'ensemble des secteurs de services au sein de la RRSSS. Cela tend à confirmer qu'une orientation claire de la direction et la position occupée par la personne responsable du dossier dans les structures organisationnelles sont des facteurs clés dans la réalisation des engagements des RRSSS en matière de santé des femmes.

La militante issue du regroupement régional des groupes de femmes dans cette cinquième région considère que le fait de siéger elle-même au conseil d'administration de la RRSSS lui a permis d'acquérir de l'influence, tout comme les femmes qui l'ont précédée au conseil d'administration et qui ont contribué à obtenir que des engagements en matière de santé des femmes soient intégrés au PROS.

> « *Moi je pense que l'acquis, c'est qu'en tant que membre du CA, j'ai pas le même statut à la régie, il faut le reconnaître... je suis devenue incontournable comme membre du CA de la régie. C'est sûr qu'il reste toujours à établir ta crédibilité... Donc les démarches après étaient plus faciles à la régie pour faire avancer les choses, pour obtenir de l'information... pour obtenir la collaboration de l'interne... en ce sens là, j'ai trouvé ça facilitant.* » (membre du conseil d'administration d'une cinquième RRSSS)

Dans cette région, c'est le comité santé, en collaboration avec le comité de coordination de la table régionale des groupes de femmes, qui agit comme interlocuteur externe de la RRSSS en ce qui concerne l'élaboration du plan d'action en condition de vie des femmes. Le comité aviseur en condition de vie des femmes de la RRSSS a été dissout et il ne reste que des comités sectoriels, comme celui sur la violence faite aux femmes. De plus, selon notre informatrice, le mandat de la répondante en condition de vie des femmes se limite au suivi du dossier en violence faite aux femmes.

Les progrès réalisés dans l'élaboration d'un plan d'action en matière de condition de vie des femmes dans cette région résultent donc d'une combinaison de stratégies : « Autant ça nous prenait la Marche des femmes, autant ça nous prend des femmes bien placées qui utilisent ces mobilisations ». Selon notre informatrice, la période de consultation n'est qu'une étape du processus de planification et c'est l'ensemble de la démarche de planification qui doit retenir l'attention des groupes de femmes.

> « *Moi je trouve qu'il faut être comme à l'intérieur de ce qui se passe. Donc si, mettons, la régie se donne un plan triennal, bien d'être au cœur de la discussion sur le plan triennal, ça fait que tu intègres des préoccupations transversales un petit peu partout. D'un autre côté, je trouve que la préoccupation transversale n'est pas suffisante; il faut qu'il y ait un chien de garde qui s'assure que la préoccupation transversale soit prise en compte un peu partout parce que si on fait juste l'inscrire et que tu ne suis pas les affaires... ça va être leur cinquante millième priorité.* » (membre du conseil d'administration d'une cinquième RRSSS)

L'expérience de cette militante met aussi en évidence un élément significatif. La participation continue de représentantes des groupes de femmes au processus de planification et de

programmation contribue au respect des engagements en matière de condition féminine dans le réseau de la santé et des services sociaux à l'échelon régional. Les dynamiques varient selon les régions pour s'ajuster au contexte, que ce soit des interventions de femmes lors des réunions du conseil d'administration de la RRSSS ou dans une structure associée de près à la direction générale comme un comité aviseur en condition de vie des femmes. On observe plus de satisfaction quant aux résultats atteints et une évaluation plus favorable des interactions avec la RRSSS, chez les militantes des regroupements régionaux de groupes de femmes, lorsqu'une personne répondante en condition de vie des femmes bien identifiée et des mécanismes de communication directs avec les instances de décision existent dans les structures de la RRSSS.

Les changements dans la gouverne du réseau sociosanitaire au Québec

Avec l'adoption du projet de loi 28[38] par le gouvernement provincial, en juin 2001, le mode de nomination des membres des conseils d'administration des RRSSS se fait désormais par désignation du ministre de la Santé et des Services sociaux. Ces nominations se font à partir de listes proposées par divers organismes de la région[39]. Même si la Loi mentionne que « toutes les listes visées... doivent tendre à une parité entre les femmes et les hommes » (art. 66)[40], ces mêmes personnes doivent être « reconnues pour leurs compétences en gestion » (art. 65). Un tel critère, s'il est appliqué selon la formation ou l'expérience professionnelle seulement, peut entraver une représentation plurielle des femmes de la région. Ces changements reflètent une évolution des modes de représentation, partant d'une perspective de représentativité des partenaires et du milieu régional au profit d'une expertise en gestion.

Par ailleurs, la Loi prévoit la nomination par les conseils d'administration des RRSSS de forums de citoyens et citoyennes qui ont pour mandat : 1) de « consulter la population sur la satisfaction de celle-ci au regard des services dispensés et sur les besoins en matière d'organisation des services »; et 2) de donner des avis sur le « plan stratégique triennal d'organisation des services » que doit produire chacune des RRSSS. Ces forums, dont les activités sont coordonnées par le président-directeur général de la RRSSS, se réunissent avec le conseil d'administration au moins deux fois par an et n'ont qu'un pouvoir de recommandation.

Dans ce nouveau contexte, quels pourront être les lieux d'échange continu entre la RRSSS et les groupes de femmes qui connaissent les besoins spécifiques des femmes et qui pourraient alimenter la programmation régionale avec l'expertise acquise auprès de femmes de divers milieux? Il s'agit de doter les RRSSS de mécanismes permettant d'assurer l'emploi des outils d'application de l'ADS qui résulteront des expérimentations en cours et de tenir compte des besoins spécifiques des femmes dans les différentes régions. Cette question inquiète les représentantes des groupes de femmes que nous avons rencontrées dans toutes les régions visées par les études de cas. De plus, il s'agit de la mise en oeuvre d'engagements gouvernementaux en matière de condition de vie des femmes, dans un secteur névralgique de la société, le domaine de la santé et des services sociaux.

L'expérience d'un comité aviseur en condition de vie des femmes, lié aux instances décisionnelles de la RRSSS tel qu'observé dans la région A, s'avère une possibilité intéressante à la condition qu'elle s'accompagne d'orientations claires de la part des RRSSS en matière de santé, bien-être et condition de vie des femmes. Considérant la grande variabilité des dynamiques révélées par les études de cas, il est nécessaire que la confirmation de cet engagement en matière d'égalité entre les hommes et les femmes relève d'une orientation gouvernementale qui s'accompagne de moyens précis pour assurer sa mise en oeuvre dans les structures décisionnelles des RRSSS. Il y a déjà un précédent où des comités aviseurs à la direction générale des RRSSS ont été créés par voie législative et existent dans toutes les régions : ce sont les comités sur l'accès aux services en langue anglaise. À la suite des observations que nous avons faites, il s'agit d'une voie à explorer pour assurer la collaboration entre les RRSSS et les regroupements régionaux des groupes de femmes. De plus, la présence d'une répondante en condition féminine en lien direct avec la direction générale est un mécanisme qui favorise grandement les communications fructueuses avec les regroupements régionaux des groupes de femmes et le suivi des engagements inscrits dans les PROS.

Le réseau de la santé et des services sociaux doit répondre à de multiples besoins dans une société de plus en plus diversifiée. L'intégration de l'ADS dans la planification sociosanitaire permet de mieux comprendre les effets particuliers du statut et des rôles sociaux différents des femmes et des hommes sur leur santé et leur bien-être et sur l'utilisation des services ainsi que la contribution importante des femmes aux soins des personnes dans la famille, le milieu communautaire et les services sociaux et de santé. À défaut de reconnaître ces différences, source d'inégalités entre les sexes, les transformations opérées dans le réseau sociosanitaire durant les années 1980 ont eu des effets négatifs sur plusieurs femmes, notamment les nombreuses femmes aidantes qui soutiennent des personnes ayant des incapacités. La prise en compte des inégalités entre les hommes et les femmes est indispensable pour corriger les effets néfastes de ces transformations sur la situation des femmes et pour favoriser l'équité entre les hommes et les femmes.

6. SYNTHÈSE ET RECOMMANDATIONS

Les différents échelons de gouvernement ont pris des engagements en ce qui concerne l'application d'une analyse différenciée selon les sexes dans l'élaboration et l'évaluation des politiques. Toutefois, la mise en oeuvre de ces engagements, notamment dans les services sociaux et de santé, tarde.

Au Québec, les RRSSS ont pour mission « d'adapter les services sociosanitaires aux besoins et aux réalités des diverses clientèles qu'elles desservent. » Selon le MSSS, elles sont « maîtres d'oeuvre de la planification, de l'organisation et de la coordination des programmes et services ainsi que de l'allocation des ressources » (Québec, 2002). Cela se traduit dans des PROS élaborés tous les trois ans. Les politiques ministérielles qui touchent la condition de vie des femmes trouvent peu d'écho dans les PROS. De plus, les transformations du système de santé et de services sociaux mises en oeuvre par les RRSSS depuis 1995 ont eu des conséquences néfastes sur les femmes de diverses conditions.

Notre étude réalisée en 2000-2001 visait à explorer l'expérience de participation des groupes de femmes aux processus décisionnels dans le réseau de la santé et des services sociaux à l'échelon régional, pour réfléchir à l'inscription des objectifs de promotion de l'égalité entre les sexes dans les PROS tout en considérant la diversité des réalités vécues par les femmes. En fait, l'expérience des regroupements régionaux des groupes de femmes reflète les difficultés au plan de l'intégration de l'ADS dans la planification régionale et de la mise en oeuvre de services adaptés aux besoins spécifiques des femmes.

Les décisions sur la gouverne du réseau sociosanitaire prises en juin 2001 (projet de loi 28) bouleversent le cadre de nos recommandations. La nouvelle législation instaure un nouveau régime qui équivaut à une recentralisation de la gestion du réseau vers le MSSS : elle prévoit la conclusion d'ententes de gestion et d'imputabilité entre les RRSSS et le ministre; elle limite la participation de la population à l'échelon régional en instaurant des conseils d'administration désignés par le ministre, avec des forums de citoyens désignés par les conseils d'administration des RRSSS et ne disposant que de pouvoirs de recommandation. Cette nouvelle réalité doit être considérée dans l'analyse des stratégies de promotion de l'égalité entre les sexes dans la planification régionale en santé et services sociaux et va teinter la formulation de nos recommandations au MSSS, aux RRSSS et aux groupes de femmes.

Enfin, l'enjeu du financement du système de santé qui est l'objet d'un contentieux entre le gouvernement fédéral et les provinces canadiennes est hors du champ de notre étude, mais il a un impact important sur les ressources nécessaires pour mettre en oeuvre ces recommandations.

Recommandations au ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

La *Politique de la santé et du bien-être* adoptée en 1992 et les *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (Québec, 1996) orientent les PROS organisés par continuum de services. On remarque cependant l'absence quasi totale de mention du plan d'action

1997-2000 du MSSS en condition féminine dans les PROS de 1998-2002. L'absence d'ADS dans certaines orientations ministérielles, notamment en santé mentale (Québec, MSSS, 1997c) et dans les services aux personnes âgées en perte d'autonomie (Québec, MSSS, 2000) ne favorise pas l'adéquation des services aux besoins particuliers des femmes.

Par ailleurs, des politiques ministérielles assorties de cibles précises et de ressources réservées ont un effet sur la planification régionale. Citons par exemple la *Politique d'intervention en matière de violence conjugale* ou le *Programme québécois de dépistage du cancer du sein* qui font l'objet de mesures spécifiques dans tous les PROS que nous avons analysés. Divers groupes de femmes participent dans les régions à des comités chargés de la mise en oeuvre de ces politiques et, dans certains cas, contribuent à l'adaptation des interventions aux réalités des communautés culturelles.

Le MSSS arrivera sous peu au terme d'une expérimentation sur l'intégration de l'ADS dans les services aux personnes âgées en perte d'autonomie. C'est un domaine crucial compte tenu de la féminisation du vieillissement de la population et de l'impact des rôles sociaux qui ont augmenté le fardeau des femmes qui sont appelées à assumer des soins de plus en plus lourds pour leurs proches, sans soutien adéquat du réseau de la santé et des services sociaux. Les leçons tirées de cette expérimentation doivent être rendues publiques et faire l'objet de mesures afin qu'elles puissent orienter la planification régionale des services sociaux et de santé pour la période à venir.

1. Nous recommandons au MSSS de considérer la réduction des inégalités entre les hommes et les femmes comme un objectif prioritaire dans la révision de la politique de la santé et du bien-être et des priorités nationales de santé publique, et de s'assurer d'une meilleure articulation de la planification régionale avec les politiques déjà adoptées en matière de santé des femmes, tout en considérant la diversité des besoins de la population féminine. La *politique de la santé et du bien-être* révisée devrait préciser des axes d'intervention et des objectifs à atteindre en matière de santé, de bien-être et de condition de vie des femmes. De plus, le plan d'action du MSSS en matière de santé, bien-être et condition de vie des femmes pourrait également bénéficier d'une diffusion plus large dans le réseau sociosanitaire.

2. Nous recommandons au MSSS de rendre public, dès que possible, le rapport sur l'expérimentation réalisée concernant l'application de l'ADS dans les services aux personnes âgées en perte d'autonomie et de formuler des objectifs de mise en oeuvre assortis de ressources adéquates pour les réaliser.

3. Pour guider l'implantation de l'ADS dans la planification régionale, nous recommandons au MSSS de créer un guide pratique d'application à l'intention des responsables de la planification régionale en santé et services sociaux et de préparer une formation sur le sujet à l'intention des conseils d'administration et des professionnel-les des RRSSS.

4. Compte tenu de la composition et du nouveau mode de nomination des conseils d'administration des RRSSS et de la pertinence des contributions des organismes qui interviennent directement auprès des femmes de diverses conditions, nous

recommandons au MSSS et au gouvernement du Québec de modifier la législation pour créer des comités aviseurs en condition de vie des femmes rattachés aux directions générales des RRSSS.

Recommandations aux régies régionales de la santé et des services sociaux

L'examen des PROS de 1998-2002 révèle des lacunes graves en matière d'ADS dans la planification régionale. Dans l'ensemble, les engagements spécifiques inscrits dans les PROS concernant la santé et les conditions de vie des femmes sont peu développés. Ils reflètent l'influence de certaines politiques ou certains programmes spécifiques adoptés au niveau ministériel, avec l'injection des ressources pour soutenir leur application; c'est le cas notamment en matière de violence faite aux femmes ou de dépistage du cancer du sein. Les PROS qui traitent de mesures pour réduire l'impact des transformations du système de santé et de services sociaux sur la situation des femmes sont des exceptions. Dans l'ensemble, on constate l'absence d'une approche intégrée de promotion de l'égalité entre les femmes et les hommes et une dispersion des actions en santé des femmes dans la planification régionale.

Cinq des 16 RRSSS considérées ont inclus dans leur PROS une section sur les conditions de vie des femmes; trois d'entre elles réfèrent à un comité aviseur en condition de vie des femmes pour définir et actualiser leurs priorités dans ce domaine et deux autres s'engagent à produire un portrait et un plan d'action concernant les conditions de vie de la population féminine. L'option d'élaborer un plan d'action plutôt qu'un programme spécifique en matière de santé des femmes peut favoriser une approche transversale qui fixe des objectifs dans divers programmes et évite de constituer un créneau spécialisé faisant perdre de vue l'ensemble des services. Dans la foulée des engagements gouvernementaux en matière de condition féminine, les RRSSS devraient inscrire dans leurs PROS des engagements précis pour répondre aux besoins spécifiques des femmes et réduire les inégalités entre les sexes, en plus d'accompagner ces engagements d'une diversité de moyens et de ressources adéquates pour en assurer la réalisation.

En réponse à une question posée dans le questionnaire adressé aux RRSSS, 12 des 16 RRSSS ont indiqué avoir un comité aviseur en condition de vie des femmes. Un tel comité permet d'associer au développement de la programmation régionale des représentantes de groupes de femmes ou d'autres organisations intervenant directement avec des femmes de diverses conditions, et de bénéficier ainsi de leur expertise. Cependant, le statut de ces comités en condition de vie des femmes et les modes d'interaction entre la RRSSS et le regroupement régional des groupes de femmes varient beaucoup d'une région à l'autre. En ce sens, le rôle d'une répondante en condition féminine rattachée à la direction générale est un atout essentiel pour assurer une concertation fructueuse avec les groupes de femmes de la région.

Ces mécanismes ont été proposés en 1997, avec l'ajout d'une cinquième orientation à la politique du gouvernement du Québec en matière de condition féminine, portant sur *La place des femmes dans le développement des régions* (Québec, 1997b). Cependant, ces orientations n'ont pas été reprises par les RRSSS. En plus d'outils concrets d'application, l'implantation de l'ADS dans la planification régionale en santé et services sociaux nécessite

la mise en place de structures et de ressources en matière de condition féminine dans les institutions régionales et le recours actif et continu à l'expertise des groupes de femmes locaux et régionaux.

5. Nous recommandons aux RRSSS d'inscrire des engagements précis en matière de condition de vie des femmes et de réduction des écarts de santé entre les hommes et les femmes dans les prochains PROS, en consultation avec les réseaux d'organismes qui interviennent directement avec les femmes et qui sont en mesure d'aider à dégager les besoins spécifiques dominants. Les PROS devraient également inclure des indicateurs de suivi des engagements pris.

6. La création d'un comité aviseur en condition de vie des femmes rattaché à la direction générale dans chaque RRSSS est également recommandée. Avec les changements législatifs modifiant la composition et le mode de nomination des conseils d'administration, un tel comité composé de représentantes de groupes de femmes et d'organismes intervenant avec des femmes de divers milieux paraît d'autant plus utile pour cerner les réponses adaptées aux besoins spécifiques des femmes. Le comité aviseur détermine ses priorités en fonction de la situation régionale et des politiques sociosanitaires en cours d'implantation, afin d'intégrer ses recommandations dans le processus continu de mise en oeuvre de la programmation de la RRSSS, dans le but d'apporter des résultats concrets dans l'adaptation des services aux besoins spécifiques des femmes.

7. La nomination au sein du personnel de chaque RRSSS d'une répondante en condition de vie des femmes rattachée à la direction générale et qui apporte un soutien au fonctionnement du comité aviseur est aussi recommandée. Le rôle de la répondante consiste notamment à assurer le suivi des recommandations du comité aviseur et à entretenir des communications régulières avec les directions et les professionnel-les des RRSSS responsables des différents volets de la programmation régionale. Ce rôle de coordination favorisera la concertation avec les regroupements régionaux de groupes de femmes et la réalisation des engagements du PROS en matière de condition féminine.

8. Nous recommandons de plus que les RRSSS organisent des activités de formation et de sensibilisation à l'intention des divers professionnel-les des RRSSS et du réseau sociosanitaire, portant sur l'ADS, les besoins spécifiques des femmes de divers milieux et les engagements du plan d'action régionale en matière de condition féminine. Cette formation représente une condition nécessaire pour offrir des services répondant adéquatement aux besoins diversifiés des femmes.

Recommandations aux regroupements de femmes

Dans les quatre régions investiguées, les regroupements régionaux de groupes de femmes ont joué un rôle actif pour obtenir que des engagements en matière de condition féminine soient inscrits dans les PROS et pour s'assurer de leur réalisation. De plus, des groupes ou

des réseaux intervenant sur les conditions de vie des femmes sont intervenus dans la mise en oeuvre de politiques sectorielles s'adressant à des besoins prioritaires en matière de santé et de services sociaux adaptés aux besoins spécifiques des femmes. La contribution des groupes de femmes ayant acquis une expertise, tant au plan des besoins que des approches d'intervention, peut enrichir les planifications régionales en regard de la santé, du bien-être et des conditions de vie des femmes.

Toutefois, les mécanismes de collaboration à la planification régionale où les groupes délèguent des représentantes doivent être évalués en fonction des moyens investis par les RRSSS et des résultats possibles en ce qui touche la promotion de l'égalité entre les hommes et les femmes et le développement de services adaptés aux besoins spécifiques des femmes. Considérant les ressources limitées de plusieurs organisations qui travaillent avec les femmes, leur contribution à la planification régionale en santé et services sociaux doit se faire dans un cadre qui offre certaines assurances que leurs recommandations seront prises en compte par les directions et les instances décisionnelles des RRSSS.

9. Nous recommandons aux réseaux de groupes de femmes de mener une action concertée à l'échelon provincial avec comme objectifs : 1) l'intégration d'une analyse différenciée selon les sexes dans la révision des grandes politiques qui encadrent la planification régionale, notamment la politique de la santé et du bien-être et les priorités nationales de santé publique, à la suite des expérimentations réalisées à cet égard au niveau du MSSS; et 2) l'introduction de modifications législatives créant des comités aviseurs en condition de vie des femmes rattachés aux directions générales des RRSSS.

10. Nous recommandons aux tables régionales de groupes de femmes, en tenant compte des mécanismes de consultation qui seront établis par les RRSSS :

    - de viser à obtenir, dans les prochains PROS, des engagements précis de la RRSSS en matière d'égalité entre les hommes et les femmes et d'adéquation des services aux besoins spécifiques des femmes de leur région;
    - de réclamer que ces engagements s'accompagnent de mesures concrètes et de ressources pour les réaliser;
    - de veiller à la création, par les RRSSS, de comités aviseurs et d'une fonction de répondante en condition de vie des femmes rattachés aux directions générales, afin d'assurer la coordination et le suivi des engagements inscrits dans les PROS;
    - de viser à obtenir une compensation pour les représentantes des groupes de femmes membres des comités aviseurs régionaux en condition de vie des femmes.

ANNEXE A : LISTE DES RÉGIONS SOCIOSANITAIRES DU QUÉBEC

01 Bas-St-Laurent
02 Saguenay-Lac-St-Jean
03 Québec
04 Mauricie et Centre-du-Québec
05 Estrie
06 Montréal-Centre
07 Outaouais
08 Abitibi-Témiscamingue
09 Côte-Nord
10 Baie-James (Nord-du-Québec)
11 Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine
12 Chaudière-Appalaches
13 Laval
14 Lanaudière
15 Laurentides
16 Montérégie
17 Nunavik
18 Baie-James (Conseil Cri)

Source : MSSS.

ANNEXE B : QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX RÉGIES RÉGIONALES

Identification :

Régie régionale de la santé et des services sociaux de_____

1. Processus de planification triennale 1999-2002

Quelle était, **à l'interne** de la régie régionale, l'instance responsable du processus de planification triennale 1999-2002?

_____

La régie régionale a-t-elle formé un ou des comités de travail *ad hoc* pour assister l'instance responsable de la planification triennale 1999-2002?

Oui :_____ Non :_____.

Si oui,
Identifiez le ou les comités **et** précisez les unités ou services concernés.

_____

_____

_____

La régie a-t-elle réalisé ou commandé des travaux spécifiques afin d'identifier les problèmes ou les services de santé prioritaires dans la région?

Oui :_____ Non :_____

S'il y a lieu,
Précisez la nature de ces travaux (utilisation de données démographiques, enquêtes épidémiologiques, analyses de fréquentation des services, consultation d'experts, etc.)

_____

_____

_____

2. Processus de consultation sur le plan triennal de 1999-2002

La régie régionale a-t-elle produit un document d'appui ou d'information à l'intention de la population ou des organismes partenaires **avant** de tenir une consultation sur la planification triennale?

Oui :_____ Non :_____

Quels moyens la régie régionale a-t-elle utilisés pour consulter les organismes partenaires et la population dans le processus de planification triennale 1999-2002?

S. V. P., identifiez par oui ou par non tous les moyens utilisés :
A) Consultation publique avec : B) Enquête avec :

Mémoires ou avis écrits :_____ Sondage(s) d'opinion :_____

Audiences publiques :_____ Groupes de discussion :_____

Autres (précisez) :_____

3. Plan d'action du MSSS : Santé, bien-être et condition de vie des femmes

À votre avis, le plan d'action 1997-2000 du MSSS en matière de condition féminine intitulé *Santé, bien-être et conditions de vie des femmes* est-il connu au sein de votre régie régionale?

Oui :_____ Non :_____

Ce plan d'action a-t-il fait l'objet d'une présentation ou d'une discussion dans votre régie régionale?

	Présentation seule	Présentation avec discussion
au conseil d'administration?	_____	_____
aux cadres de la régie régionale?	_____	_____
au personnel de la régie régionale?	_____	_____

Ce plan d'action a-t-il fait l'objet d'une présentation à des comités de travail internes ou externes à la régie régionale?

Nommez les comités	Présentation seule	Présentation avec discussion
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. Information sur le mandat de condition de vie des femmes

Y a-t-il, au sein de la régie régionale, une personne répondante pour les dossiers de condition de vie des femmes?

Oui :_____ Non :_____

Si oui,
Veuillez joindre la description du mandat rattaché à cette fonction.

Quel pourcentage de son temps est consacré spécifiquement à ces dossiers? _____

Depuis quelle année cette fonction existe-t-elle? _____

À quelle direction ou service au sein de la régie régionale cette personne répondante est-elle rattachée?

_____

Quelle est la fonction de la personne de qui relève directement le mandat de cette répondante?

_____

Quels sont actuellement les principaux dossiers relevant de la responsabilité de cette personne répondante?

_____

_____

_____

Si non,
Y a-t-il eu dans le passé une personne répondante pour les dossiers de la condition de vie des femmes?

Oui :_____ Non :_____

S'il y a lieu, identifiez la période où il y a eu une répondante : 19____ à 19____
À quelle direction ou service les dossiers de la condition de vie des femmes ont-ils été confiés?

Dossier :_____ Service :_____

Dossier :_____ Service :_____

5. Comité aviseur sur la condition de vie des femmes

Y a-t-il, dans votre région, un comité aviseur qui agit comme interlocuteur de la régie régionale en matière de condition de vie des femmes?

Oui :_____ Non :_____

Si oui,
Ce comité a-t-il été créé à l'initiative de la régie régionale?

Oui :_____ Non :_____

En quelle année ce comité a-t-il été mis sur pied? _____

Combien de personnes siègent sur ce comité? _____

Comment les membres de ce comité sont-elles (ils) nommé(e)s?_____

_____

Si non,
Y a-t-il eu dans le passé, un comité aviseur sur la condition de vie des femmes dans votre région?

Oui :_____ Non :_____

S'il y a lieu, identifiez la période où il y a eu un tel comité aviseur : 19___ à 19____

Quelles sont actuellement les modalités de contact entre votre régie régionale et les groupes de femmes de la région?

Aucun lien particulier : _____

Contacts ponctuels avec quelques groupes sur des dossiers précis :_____

Contacts réguliers avec quelques groupes sur des dossiers précis :_____

Contacts ponctuels avec un regroupement de groupes de femmes :_____

Contacts réguliers avec un regroupement de groupes de femmes :_____

Autres (précisez) :_____

S. V. P. Retournez le questionnaire rempli :

Par courrier à : Jocelyne Bernier, agente de recherche
Centre d'excellence pour la santé des femmes
Consortium Université de Montréal
Pavillon 3755 Jean-Brillant
C.P. 6128, succ. Centre-Ville
Montréal (Québec)
H3C 3J7

Par télécopieur : (514) 343-7078
A/S : Jocelyne Bernier (CESAF)

Merci de votre collaboration.

FICHE DE SUIVI

Régie régionale de la santé et des services sociaux de

_____

PERSONNE RÉPONDANTE

Nom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____

Adresse : _____

_____

_____

DOCUMENTS JOINTS

S. V. P., indiquez si oui ou non

Questionnaire : _____

Organigramme de la régie régionale : _____

Mandat de la répondante en condition de vie des femmes : _____

Plan triennal 1999-2002 : _____

Liste des participant(e)s à la consultation sur le plan 1999-2002 :_____

Merci de votre collaboration

ANNEXE C : SITUATION DES RÉPONDANTES ET DES COMITÉS AVISEURS EN CONDITION DE VIE DES FEMMES DANS LES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Régies régionales	**01 Bas-Saint-Laurent**	**02 Saguenay-Lac-Saint-Jean**	**03 Québec**	**04 Mauricie-Centre-du-Québec**
Répondante	Oui	Non	Oui	Oui
Date de création ou *dates passées*	1984	*1984 – 1988*	1980	1994
% du temps au dossier vie des femmes	2 %		20 % - 50 %	100 %
Principaux dossiers	• Soutien aux organismes communautaires (SOC) • Comité aviseur		• Conditions de vie des femmes • Violence faite aux femmes	• Comité aviseur • Violence faite aux femmes • Sages-femmes
Comité aviseur vie des femmes	Oui	Oui	Oui	Oui
Comité créé par	Demande des groupes de femmes	Par la régie régionale	Par le régie à la demande des groupes de femmes	Par la régie régionale
Date de création ou dates passées	1997	1994	1994	1994
Nombre de membres	10 personnes	13 personnes	10 - 15 personnes	14 personnes
Nommées par	7 : groupes de femmes 2 : régie régionale 1 : Conseil du statut de la femme	La régie régionale sollicite des candidatures auprès des groupes de femmes.	Membres nommées par la régie selon leur expertise.	Appel de candidatures et comité de sélection. Nommées par la direction générale de la régie régionale.

Régies régionales	05 Estrie	06 Montréal-Centre	07 Outaouais	08 Abitibi-Témiscamingue
Répondante	Oui	Non	Oui	Oui (2)
Date de création ou *dates passées*	1985	*1985-1996*	1996	1995 / 1999
% du temps au dossier vie des femmes	???		30 %	30 %
Principaux dossiers	• Violence faite aux femmes • Concertation avec les groupes de femmes		• Comité aviseur • Services en langue anglaise • Déficiences	• Violence faite aux femmes • Condition de vie des femmes
Comité aviseur vie des femmes	Oui	Non	Oui	Comité du regroupement des femmes joue ce rôle.
Comité créé par	Par la régie régionale		Par la régie régionale	Par le regroupement des femmes de la région
Date de création ou dates passées	1986		1996	1990
Nombre de membres	10 personnes		8 personnes	12 personnes
Nommées par	Par la régie selon des catégories : établissements, groupes de femmes		4 : groupes de femmes 3 : établissements du réseau direction générale adjoint de la régie	Par les groupes de femmes

Régies régionales	09 Côte-Nord	10 Baie-James-Nord-du-Québec	11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	12 Chaudière-Appalaches
Répondante	Non	Non	Oui	Oui
Date de création ou *dates passées*		*1993 - 1999*	1992	1996
% du temps au dossier vie des femmes	???		20 %	10 %
Principaux dossiers	• Périnatalité • Violence faite aux femmes • Agressions sexuelles		• Alcoolisme-toxicomanie • Violence faite aux femmes • Soutien org. communautaires	• Violence faite aux femmes • Agressions sexuelles
Comité aviseur vie des femmes	Non	Non	Oui	Un comité du regroupement des femmes joue ce rôle.
Comité créé par	Le Regroupement des femmes participe à divers comités de la régie.			
Date de création ou dates passées			1997	1996
Nombre de membres			9 personnes	
Nommées par			Par la table régionale des groupes de femmes	Représentation des groupes de femmes.

Régies régionales	**13 Laval**	**14 Lanaudière**	**15 Laurentides**	**16 Montérégie**
Répondante	Non	Oui	Oui	Oui
Date de création ou *dates passées*		1995	1986	1999 Le dossier a souvent changé de mains.
% du temps au dossier femmes		60 %	???	5 % (1 jour par mois)
Principaux dossiers		• Jeunesse-famille • Violence faite aux femmes • Conditions vie des femmes • Alcoolisme-toxicomanie • Santé mentale-suicide	• Services aux personnes âgées • Maintien à domicile (transfert à l'étude) • Info-Santé et déficience	• Violence faite aux femmes • Agressions sexuelles • Abus et négligence
Comité aviseur vie des femmes	Comité de programmation en santé des femmes	Oui	Oui	Non
Comité créé par	Par la régie régionale	Par la régie régionale	Par la régie régionale	
Date de création	1997	1997	1986 1997 sous sa forme actuelle	
Nombre de membres	8 personnes	12 personnes	8 personnes	
Nommées par	Par les groupes de femmes, les établissements ou sur invitation de la régie.	Direction de la programmation de la régie sur recommandation des établissements et groupes communautaires.	4 : groupes de femmes 1 : CLSC; 1 : CH; 1 : CSF 1 : régie régionale	

ANNEXE D : QUESTIONNAIRE ADRESSÉ AUX PARTICIPANTES DES GROUPES DE DISCUSSION

RÉGION SOCIO-SANITAIRE : _____

1. Depuis combien d'années votre organisme existe-t-il?_____

2. Quel est le principal domaine d'intervention de votre organisme?_____

3. Combien de femmes approximativement sont rejointes par votre organisme au cours d'une année?_____

4. Quel est l'ordre de grandeur du budget annuel de votre organisme?

Moins de 30 000 $	Entre 100 000 $ et 250 000 $
Entre 30 000 $ et 60 000 $	Entre 250 000 $ et 500 000 $
Entre 60 000 $ et 100 000 $	Plus de 500 000 $

5. De façon générale, diriez-vous que votre organisme rejoint PRINCIPALEMENT des femmes ayant les caractéristiques suivantes : (si vous cochez plus d'une caractéristique indiquez l'ordre en commençant par 1 (la plus fréquente), 2,... et ainsi de suite).

Âge :	Moins de 25 ans De 25 à 50 ans De 50 ans et plus	Revenu :	Faible Moyen Élevé
Milieu :	Milieu urbain Milieu rural	Origine :	Francophones du Québec Anglophones du Québec Femmes immigrantes Autres

6. Avez-vous (ou votre organisme) participé directement ou indirectement aux consultations de la régie régionale sur le plan d'organisation des services pour la période 1998-2002?

OUI NON NE SAIT PAS

7. Avez-vous (ou votre organisme) reçu de l'information sur le plan d'organisation des services produit par la régie régionale de la santé et des services sociaux pour la période 1998-2002?

OUI NON NE SAIT PAS

Si oui, précisez par quel moyen : (vous pouvez cocher plus d'une ligne)

- Feuillet d'information distribué par la régie :
- Feuillet d'information distribué par un organisme de santé ou de services sociaux :
- Feuillet d'information distribué par un organisme communautaire :
- Rencontre d'information organisée par la régie :
- Rencontre d'information organisée par l'organisme que vous représentez :
- Rencontre d'information organisé par un réseau d'organismes communautaires :
- Par les médias d'information :
- Par un autre moyen : s.v.p., précisez :

Si oui, utilisez-vous l'information reçue dans vos interventions avec les femmes?

OUI NON NE S'APPLIQUE PAS

8. Avez-vous (ou votre organisme) participé à des activités organisées par la régie régionale durant les années 1999 ou 2000?

OUI NON NE SAIT PAS

Si oui, est-ce généralement - à l'invitation de la régie
I. à la demande de votre organisation
II. ne sait pas

s.v.p. précisez la ou les activités : _____

9. Dans l'ensemble, quelle appréciation faites-vous des contacts entre votre organisme et la régie régionale?

Fréquence :

Contacts réguliers Contacts occasionnels Aucun contact

Qualité de la collaboration :

Très positive Assez positive Plutôt difficile Très difficile

Ne sait pas

10. Avez-vous (ou votre organisme) déjà siégé au conseil d'administration d'un organisme public de santé ou de services sociaux (CLSC, Centre hospitalier, Centre jeunesse, Centre d'hébergement)?

OUI NON NE SAIT PAS

Si oui, précisez : _____

11. À l'exception de l'organisme que vous représentez, y a-t-il d'autres groupes communautaires actifs en santé et/ou services sociaux auxquels vous participez personnellement?

Si oui, précisez : _____

12. Selon votre expérience, quels sont les principaux problèmes sociaux ou de santé vécus par les femmes dans votre région?

A) _____

B) _____

C) _____

Commentaires

_____

_____

_____

_____

Merci de votre collaboration.

ANNEXE E : GUIDES D'ENTREVUE

THÈME	QUESTIONS
1. Perception du rôle du conseil d'administration dans la préparation et le suivi du plan de consolidation	a) Pouvez-vous préciser la responsabilité et/ou la contribution du conseil d'administration dans la préparation du plan de consolidation des services? Dans la consultation de la population? - Quels ont été les rapports entre les membres du conseil d'administration et la permanence de la régie régionale dans les étapes — de préparation du plan et — de consultation de la population (mécanismes de soutien à la prise de décision)? b) Comment le conseil d'administration est-il informé de la mise en oeuvre du plan de consolidation? - À votre connaissance, le plan de consolidation sert-il de référence dans la prise de décision sur l'organisation des services au sein de la régie régionale? Parmi les partenaires dans la prestation de services sociaux ou de santé dans la région?
2. Perception des mécanismes de consultation de la régie (4 – 5)	a) Comme représentante du milieu communautaire, quel bilan faites-vous des consultations de la population sur le plan de consolidation? - Quels étaient les barrières et les facilitateurs à la participation de la population, notamment les femmes, dans ces consultations? b) Depuis ces consultations, la régie régionale a-t-elle utilisé d'autres mécanismes de consultation de la population? Dans quel contexte? S'il y a lieu, quelle est votre évaluation de ces divers mécanismes de consultation?
3. Perception du fonctionnement interne du conseil d'administration	a) Dans le fonctionnement courant du conseil d'administration, comment s'exerce la prise de décision (vote / consensus / approbation)? Quel est le rôle de la présidence du conseil d'administration? De la direction générale? - Y a-t-il des sous-comités du conseil d'administration? S'il y a lieu, quelles sont leurs responsabilités? - Quels sont les éléments facilitateurs et les difficultés liées à la prise de décision au sein du conseil d'administration?
4. Perception de la participation de la population au conseil d'administration	a) Quelle est votre appréciation de la participation de la population — notamment des femmes — de divers milieux aux rencontres du conseil d'administration? Habituellement, l'assistance est-elle nombreuse? Habituellement, la période de question est-elle utilisée? b) À votre avis, quelles sont les retombées de cette participation? - Selon votre perception, le fait que les séances soient publiques a-t-il un effet sur la prise de décision au conseil d'administration?
5. Perception des relations du conseil d'administration avec les partenaires	a) À l'extérieur des rencontres du conseil d'administration, quels sont les mécanismes de relation entre les membres du conseil d'administration de la régie régionale et les partenaires parmi les établissements du réseau de la santé et des services sociaux? Du milieu communautaire? D'autres secteurs d'activité de la société? b) Avez-vous personnellement des rapports avec certains de ces partenaires?
6. Perception des pouvoirs et contraintes de la régie régionale (6)	a) Quelle est votre perception des marges de décision du conseil d'administration par rapport aux orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux dans les décisions concernant le plan de consolidation des services?
7. Perception quant à la considération des différences femmes/ hommes par la régie régionale (3)	- À votre connaissance, quelles sont les programmes et services qui s'adressent particulièrement à la santé et au bien-être des femmes dans le plan de consolidation? - À votre connaissance, le plan de consolidation de la régie régionale s'appuie-t-il sur une analyse des différences entre les femmes et les hommes? La régie a-t-elle utilisé des données spécifiques à la situation des femmes?

	- À votre avis, la régie régionale a-t-elle pris les moyens pour tenir compte des besoins particuliers des femmes dans la planification et l'organisation des services? –Et de la diversité de la population féminine? - Comme membre du conseil d'administration, avez-vous été informée du plan d'action du ministère de la Santé et des Services sociaux en matière de santé, bien-être et condition de vie des femmes?
8. Perception des principaux besoins des femmes de la région (1)	a) À votre connaissance, quels sont les principaux problèmes sociaux et de santé vécus par les femmes dans la région? - Quels sont les principaux acquis et défis en matière de réponse à ces besoins? b) Quelles sont les situations particulières pour certains groupes de femmes qui requièrent une attention de la régie régionale?

GUIDE D'ENTREVUE AVEC LES RESPONSABLES DE CONDITION FÉMININE DANS LES RÉGIES RÉGIONALES	
THÈMES	**QUESTIONS**
1. Précisions sur le mandat et le fonctionnement interne	a) Mandat et rattachement de la responsable de condition féminine. b) Réseau de communication avec les différentes instances internes : regarder le cheminement d'un dossier et les leviers pour introduire l'analyse différenciée. c) Liens avec le plan de consolidation 1998-2002.
2. Perception des communications avec les groupes de femmes	a) Modalités générales de communication avec les groupes et/ou réseaux de femmes. Les atouts et les difficultés du partenariat au plan des processus — au plan des résultats? b) S'il existe un comité aviseur : préciser le mode de nomination, le mandat, la fréquence des rencontres, les modes de fonctionnement (priorités, ordre du jour, mesure de facilitation de la participation, suivi des décisions. c) Autres contacts ponctuels : identifier sur quels dossiers, les programmes concernés, les principaux partenaires dans le réseau et le milieu communautaire.
3. Perception des pouvoirs et contraintes de la régie régionale (6)	a) Quelle est votre perception du rôle de la régie par rapport à des orientations ministérielles; par rapport au plan d'action ministériel en condition féminine? b) Quelle est votre perception du rôle de la régie par rapport aux établissements du réseau, par rapport aux organismes communautaires oeuvrant auprès des femmes?
4. Perception quant à la considération des différences femmes / hommes par la régie (3)	a) Quelles sont les principales interventions ou programmes de la régie en matière de condition féminine? La régie dispose-t-elle de données spécifiques à la situation des femmes? Dans l'ensemble, par quels moyens la régie tient-elle compte des besoins spécifiques des femmes dans la planification et l'organisation des services?

GUIDE D'ENTREVUE AVEC DES INFORMATEURS CLÉS À LA RÉGIE RÉGIONALE	
THÈMES	**QUESTIONS**
Mandats et responsabilités dans la planification régionale	Pouvez-vous préciser la responsabilité et la contribution des différentes instances de la régie dans les décisions concernant le plan de consolidation des services? - Préciser le rôle du conseil d'administration – des directions internes – de comités *ad hoc*, etc. - Quels ont été les rapports avec le ministère de la Santé et des services sociaux dans la préparation du plan de consolidation des services?
Types d'information utilisées en appui à la planification	Quelles ont été les principales informations utilisées dans l'élaboration du plan de consolidation? - Préciser l'importance relative de bilans/évaluations – de données socio-sanitaires – de données d'utilisation – d'enquêtes d'opinion, s'il y a lieu. - Quels ont été les déterminants de la santé qui ont été pris en compte dans l'analyse des informations? - Dans l'ensemble, quels moyens la régie régionale a-t-elle utilisés pour tenir compte des différences entre les femmes et les hommes et de la diversité de la population dans ses décisions?
Participation de la population dans la planification régionale	Quelle évaluation la régie régionale fait-elle des moyens utilisés pour consulter la population? - À votre avis, les consultations ont-elles permis d'avoir une vision d'ensemble des attentes de la population de la région – de vérifier l'adéquation des services aux divers besoins? - Quels pouvaient être les freins et les facilitateurs à la participation de la population dans ces consultations? - Quels moyens la régie régionale a-t-elle utilisés pour informer la population du déroulement des consultations? La régie-t-elle utilisé des moyens particuliers pour joindre certains segments de la population? - Comment le contenu des consultations a-t-il été utilisé dans l'élaboration du plan de consolidation de la régie régionale?

GUIDE DE DISCUSSION AVEC DES REPRÉSENTANTES DE GROUPES DE FEMMES	
THÈMES	**QUESTIONS**
Perceptions des principaux besoins des femmes de la région	1. Selon votre expérience, quels sont les principaux problèmes sociaux ou de santé vécus par les femmes dans votre région? - Y a-t-il des situations particulières pour certaines femmes dans votre région?
Perceptions de l'adéquation des services aux besoins des femmes de la région	2. À votre connaissance, les services sociaux et de santé dans votre région répondent-ils adéquatement aux besoins des femmes de votre région ? - Quels sont les aspects à développer ou à modifier dans le fonctionnement des services sociaux ou de santé pour répondre plus adéquatement aux besoins des femmes de votre région ? - Y a-t-il des situations particulières pour certaines femmes dans votre région ?
Perceptions quant à la considération des différences femmes/hommes par la régie régionale	3. Selon vous, comment la régie régionale tient-elle compte des besoins spécifiques aux femmes dans la planification et l'organisation des services sociaux et de santé? - Comment tient-elle compte de la diversité de la population et des besoins particuliers de certaines femmes?
Perception des mécanismes de consultation de la régie dans l'élaboration du plan de consolidation	4. À votre connaissance, la régie régionale a-t-elle développé des mécanismes pour faciliter la participation des femmes ou des organismes de femmes à l'élaboration de son plan de consolidation pour 1998-2002? - Si oui, lesquels? (ex : documents de soutien, délais de préparation, remboursement des frais de transport ou de gardiennage, modes de communication particuliers, traduction, etc.) - Y avait-il des obstacles à la participation des femmes ou des groupes de femmes? Si oui, lesquels? - Auriez-vous des moyens à suggérer pour faciliter la participation des femmes ou des organismes de femmes à ces consultations?
Perception des autres modalités de consultation de la régie régionale	5. En dehors de la consultation sur le plan de consolidation 1998-2002, dans quelles situations votre organisme a-t-il été invité par la régie régionale à donner son point de vue sur l'organisation et/ou l'évaluation de programmes ou de projets précis? - Si oui, lesquels? - Quelles ont été les modalités de votre participation? - Quelle est votre appréciation de cette consultation au plan des modalités de participation?
Perception des pouvoirs et contraintes des régies régionales	6. Selon votre expérience, comment voyez-vous le rôle de la régie régionale dans l'organisation des services de santé et des services sociaux dans votre région par rapport à celui du ministère de la Santé et des Services sociaux? - Aussi par rapport au rôle des différents organismes qui dispensent des services de santé et des services sociaux (hôpitaux, CLSC, centres jeunesse, centres d'hébergement, cliniques médicales, etc.)?
Appréciation générale des résultats	7. S'il y a lieu, pouvez-vous identifier des retombées de la participation de votre organisme dans les services sociaux ou de santé? - Et dans votre propre organisation?

BIBLIOGRAPHIE

Armstrong, Pat. *The Context of Health Reform*, texte polycopié préparé pour Santé Canada et les Centres d'excellence pour la santé des femmes, Ottawa, Santé Canada, 1999.

Armstrong, Pat, et Hugh Armstrong. *Wasting Away. The Undermining of Canadian Health Care*, Toronto, Oxford University Press, 1996.

Armstrong, Pat, Carol Amaratunga, Jocelyne Bernier, Karen Grant, Ann Pederson, et Kay Wilson. *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada*, Aurora (Ontario), Garamond Press, 2001.

Association féminine d'éducation et d'action sociale, Denise Côté, Éric Gagnon, Claude Gilbert, Nancy Guberman, Francine Saillant, Nicole Thivierge, et Marielle Tremblay. *Qui donnera les soins? Les incidences du virage ambulatoire et des mesures d'économie sociale sur les femmes du Québec*, Ottawa, Condition féminine Canada, 1998.

Bergeron, Pierre, et France Gagnon. « La prise en charge étatique de la santé au Québec » dans *Le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux*, publié sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin et Gérard Bélanger, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1994.

Bernier, Jocelyne, et Marlène Dallaire. *Le prix de la réforme du système de santé pour les femmes. La situation au Québec*, Montréal, Centre d'excellence pour la santé des femmes, 2000.

Bibeau, Gilles. « Le facteur humain en politique : application au domaine de la santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. X1, n° 1, 1984.

Bourbonnais, René, Monique Comeau, et Centre de santé publique de Québec. *La transformation du réseau de la santé : mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec*, Beauport, Direction de la santé publique de Québec, 1998.

Broom Dorothy. *The Genders of Health*, document présenté à la conférence « Gender, Health and Healing: Reflection on the Public-Private Divide », University of Warwick, National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University, 1999.

Canada, Condition féminine Canada. *Analyse comparative entre les sexes : guide d'élaboration des politiques*, Ottawa, Condition féminine Canada, 1996.

Canada. Santé Canada. *Stratégie pour la santé des femmes*, Ottawa, ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, 1999.

Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux. *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes*, Cahier de revendications, Montréal, la Coalition, 1998.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux [Commission Rochon]. *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les publications du Québec, 1988.

Conseil régional de développement de l'Île de Montréal (CRIM), et Relais-Femmes. *Pour un développement égalitaire sur l'île de Montréal : l'analyse différenciée selon le sexe*, Montréal, CRDÎM et ministère des Affaires municipales et de la Métropole, 2000.

Contandriopoulos, André-Pierre. *Coûts et équité des systèmes de santé*, Montréal, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, 1991.

Couillard, Marie-Andrée, et Ginette Côté. *Les groupes de femmes de la région de Québec et l'implantation de la régie régionale de la santé et des services sociaux*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 1997.

Deber, Raisa, et B. Swan. « Puzzling Issues in Health Financing », *Les systèmes de santé au Canada et ailleurs*, Forum national sur la santé, Sainte-Foy, Éditions Multimondes, 1998.

Evans, Robert G., et Greg L. Stoddart. *Producing Health, Consuming Health Care*, Population Health Working Paper 6, Toronto, Institut canadien de recherches avancées, 1990.

Evans, Robert G., Morris L. Barrer, et Theodore Marmor. *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations*, New York, De Gruyter, 1994.

Forest, Pierre-Gerlier, Susan Bryson, et Jacques Lorion. « La participation des citoyens à l'administration des services de santé », *Le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux*, publié sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin, et Gérard Bélanger, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1994.

Forest, Pierre-Gerlier, Julia Abelson, François-Pierre Gauvin, Patricia Smith, Élisabeth Martin, et John Eyles. *Participation de la population et décisions dans le système de santé et de services sociaux du Québec*, rapport, Québec, Département de science politique et Groupe de recherche sur les interventions gouvernementales, Université Laval, 2000.

Fortin, M.F. *Le processus de recherche. De la conception à la réalisation*, Montréal, Décarie Éditeur, 1996.

Fournier, Danièle, Jean-François René, Suzanne Garon, Annie Fontaine, Josée Chenard, et Christine Lefebvre. « La dynamique partenariale sur les pratiques des organismes communautaires dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, n° 1 (juin 2001), Québec, Presses de l'Université du Québec, 2001.

Godbout, Jacques. *La participation politique : leçons des dernières décennies,* Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, 1991.

Guberman, Nancy, Pierre Maheu, et Chantal Maillé. *Et si l'amour ne suffisait pas... Femmes, familles et adultes dépendants,* Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 1991.

Guberman, Nancy, J. Broué, J. Lindsay, et L. Spector. *Le défi de l'égalité. La santé mentale des hommes et des femmes,* Québec, Gaëtan Morin éditeur, 1993.

Guyon, Louise. *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*, Québec, MSSS, 1996.

Hagan, Louise, Diane Morin, et Rachel Lépine. *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC. Perception des utilisateurs,* Sainte-Foy, Université Laval, 1998.

Horne, Tammy, Lisa Donner, et Wilfreda E. Thurson. *Invisible Women: Gender and Health Planning in Manitoba and Saskatchewan and Models for Progress,* Winnipeg: Prairie Womens Health Centre of Excellence, 1999.

Kurtzman, Lyne, et Micheline de Sève (sous la direction de). *L'analyse différenciée selon les sexes : approches gouvernementales et paragouvernementales. Nouveaux enjeux, nouvelles stratégies en vue d'instaurer l'égalité entre les hommes et les femmes.* Démarche de formation des formatrices. Document 1 : Introduction générale à l'ADS, Montréal, Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal et Alliance de recherche IREF/Relais-femmes en collaboration avec le Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire, 2001.

Lamoureux, Jocelyne. *Le partenariat à l'épreuve,* Montréal, Éditions St-Martin, 1994.

Latérière, Hélène, et Ginette Voyer. « Femmes et lieux de pouvoir régionaux : une présence à raffermir » dans *Du local au planétaire. Réflexions et pratiques de femmes en développement régional*, publié sous la direction de Denyse Côté, Monique des Rivières, Nicole Thivierge, et Marielle Tremblay, Montréal, Éditions du Remue-Ménage, 1995.

L'R des centres de femmes du Québec. *Femmes, santé et régionalisation : visionnaires et partenaires,* Cahier-synthèse des séminaires, Montréal, L'R des centres de femmes, 1997.

Marshall, Catherine, et Gretchen Rossman. *Designing Qualitative Research* (2nd edition), Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, 1995.

Masson, Dominique. « Gouvernance partagée, associations et démocratie : les femmes dans le développement régional », *Politique et Sociétés*, vol. 20, n^{os} 2-3, Ottawa, Université d'Ottawa, 2001.

Messing, Karen. *One-Eyed Science: Occupational Health and Women Workers*, Philadelphie, Temple University Press, 1998.

Patton. M.Q. *Qualitative Research and Evaluation Methods* (2nd edition), Newbury Park (Californie), Sage Publications, 1990.

Québec. Portail du réseau de la santé, rubrique « Les régies régionales de la santé et des services sociaux », www.gouv.qc.ca/Vision/Sante/Sante_fr.html, mis à jour le 28 octobre 2002.

———. *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives*, chap. S-4.2, edition annotée, 1993, Montréal, Wilson & Lafleur Ltée, 1991.

Québec. Conseil du statut de la femme du Québec. *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes*, recherche et rédaction par Marie Moisan, Québec, CSF, 1999a.

———. *Commentaires sur le Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002 : le défi de l'accès de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre*, recherche et rédaction par Mariangela DiDomenico, Québec, CSF, 1999b.

———. *Document de réflexion sur l'intégration des femmes et des dossiers de condition féminine dans les structures décentralisées*, recherche et rédaction par Mariangela DiDomenico, Québec, CSF, 1995a.

———. *État de situation sur le mandat de condition de vie des femmes au sein des régies régionales de la santé et des services sociaux*, rédaction par Hélène Latérière, Québec, CSF, 1995b.

———. *Commentaires et propositions du Conseil du statut de la femme sur les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*, Québec, CSF, 1989.

Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie*, Québec, MSSS, 2000a.

———. *Pour une politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de soutien aux proches*, rapport du Comité pour la révision du cadre de référence sur les services à domicile. Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, texte polycopié, Québec, MSSS, 2000b.

———. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Québec, MSSS, 2000c.

———. *Plan d'action 1997-2000 : Santé, bien-être et conditions de vie des femmes*, Québec, Les Publications du Québec, 1998.

———. *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, Québec, Les Publications du Québec, 1997a.

———. *Écoute-moi quand je te parle*, rapport du Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, recherche et rédaction par Nicole Gauthier, Marie Leclerc, et Marie-Thérèse Roberge, Québec, Les Publications du Québec, 1997b.

———. *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femme*, recherche et rédaction par Louise Guyon, Québec, MSSS, 1996.

———. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec, MSSS, 1995a.

———. *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*. Québec, MSSS, 1995b.

———. *Défi qualité-performance : stratégie triennale d'intervention 1994-1997*, Québec, MSSS, 1994.

———. *Politique de périnatalité*, Québec, MSSS, 1993.

———. *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, Les Publications du Québec, 1992.

———. *Orientations en matière de condition féminine au Ministère de la santé et des services sociaux*, 1992-2000, Québec, MSSS, 1991.

Québec. Secrétariat à la condition féminine. *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises*, Québec, Les Publications du Québec, 1997a.

———. *La place des femmes dans le développement des régions – 5e orientation*, Québec, Les Publications du Québec, 1997b.

———. *Un avenir à partager : la politique en matière de condition féminine*, Québec, Secrétariat à la condition féminine, 1993.

Rankin, Pauline, et Jill Vickers. *Les mouvements de femmes et le féminisme d'État : intégrer la diversité à l'élaboration des politiques gouvernementales*, Ottawa, Condition féminine Canada, 2001.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. *Conditions de vie des femmes. État de situation,* texte polycopié, Montréal, Régie régionale, 2001.

Regroupement des organismes communautaires de la région 03 *Le pelletage des établissements publics... les communautés et les organismes communautaires en ont plein le dos!,* Québec, ROCQ 03, 1997.

Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal. *Rapport des élues et élus du communautaire au conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre,* texte polycopié, Montréal, RIOCM, 2000.

———. *Leur équilibre, notre déséquilibre. Rapport d'enquête sur les impacts de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux à Montréal,* Montréal, RIOCM, 1998.

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes. *Cadre de référence : la santé des femmes au Québec,* Montréal, RQASF, 1999.

Standing, Hillary. *Framework for Understanding Gender Inequalities and Health Sector Reform: an Analysis and Review of Policy Issues*, texte polycopié, Institute of Development Studies, University of Sussex, 1999.

———. « Gender and Equity in Health Sector Reform », *Health Policy and Planning*, vol. 12, n° 1, Oxford University Press, 1997.

Stewart, Donna. « Depression, Anxiety and Gender », document commandé pour le Forum sur la santé des femmes Canada – États-Unis, Ottawa, 1996a.

———. « Women and Heart Disease », document commandé pour le Forum sur la santé des femmes Canada – États-Unis, Ottawa, 1996b.

Teghtsoonian, Katherine. *Centring Women's Diverse Interests in Health Policy and Practice: a Comparative Discussion of Gender Analysis*, Halifax, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Maritimes, 1999.

Tremblay, Mireille. « Une démocratie en santé : utopie ou réalité? » dans *La réforme de la santé au Québec*, publié sous la direction de Pierre Fortin, Cahiers de recherche éthique, n° 22, St-Laurent, Éditions Fides, 1999.

Turgeon, Jean, et Hervé Anctil. « Le ministère et le réseau public » dans *Le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux*, publié sous la direction de Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin, et Gérard Bélanger, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1994.

Turgeon, Jean, et Vincent Lemieux. « La décentralisation : panacée ou boîte de Pandore? » dans *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*, publié sous la direction de Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre Gerlier-Forest, et Vincent Lemieux, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1999.

Vancouver/Richmond Health Board. *Women's Health Planning Project. Final Report*, texte polycopié, Vancouver, Vancouver/Richmond Health Board, 2000.

Vissandjée, Bilkis, N. Leduc, S. Gravel, M. Bourdeau, et P. Carignan. « Promotion de la santé en faveur des femmes immigrant au Québec », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, vol. 46, n° 2, 1998.

Williams, Wendy. *Will Government Use of Gender Based Analysis Result in Policies That Reflect the Diversity of Women's Lives?*, Halifax, Centre d'excellence pour la santé des femmes des Maritimes, 1999.

Yin, Robert K. *Case Study Research Design and Methods*, Newbury Park (Californie), Sage Publications, 1989.

Zambrana, R. « A Research Agenda on Issues Affecting Poor and Minority: A Model for Understanding Their Needs », *Women and Health*, n° 12, Haworth Press, 1988.

NOTES

[1] La réforme du système sociosanitaire québécois des années 1990 est souvent appelée « virage ambulatoire ». Cette réorganisation est abordée au chapitre 2.

[2] Il s'agit de la deuxième série de plans régionaux d'organisation des services produits par les RRSSS.

[3] C'est avec l'adoption de la *Loi sur l'assurance-maladie* en 1970 et la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* en 1971 que l'État québécois adopte une politique intégrée de services sociaux et de santé.

[4] Le *Programme d'action 2000-2003 : l'égalité pour toutes les Québécoises* réfère également à ce contexte pour expliquer le virage amorcé dans l'organisation des services (p. 89-90).

[5] Cette Commission créée en 1985 par le gouvernement du Québec pour revoir l'orientation et l'organisation du réseau était présidée par M. Jean Rochon, qui plus tard a été nommé plus tard ministre de la Santé et des Services sociaux.

[6] Avec la création des RRSSS, le gouvernement du Québec a procédé à un redécoupage des régions sociosanitaires. Les RRSSS de Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, Laurentides, Lanaudière, Laval et Montérégie ont été formées par subdivision du territoire de conseils régionaux de la santé et des services sociaux qui existaient antérieurement à cette réforme. Par ailleurs, un Conseil de santé et des services sociaux desservant les communautés Cris du Nord du Québec a été maintenu.

[7] Il s'agit essentiellement des plans régionaux d'organisation des services (PROS), même si, au fil du texte, les expressions plan de transformation ou plan de consolidation sont utilisées, selon les régions et les périodes concernées.

[8] Ces réductions ont touché le Régime d'assistance publique du Canada (RAPC), couvrant une partie des coûts des programmes d'aide sociale et de certains programmes de services sociaux, et le Financement des programmes établis (FPE) en vigueur depuis 1977 pour partager les coûts des programmes provinciaux de santé et d'éducation secondaire. Ces deux programmes ont été abolis lors du budget fédéral de 1995 pour être remplacés par le Transfert social canadien, avec une réduction majeure des transferts fédéraux.

[9] L'idée que les gouvernements doivent se doter de mécanismes internes pour améliorer la condition des femmes a été soulevée pour la première fois à la Conférence mondiale de Mexico, tenue pendant l'Année internationale de la femme en 1975. Voir à ce sujet Williams, 1999.

[10] D'autres gouvernements provinciaux ont oeuvré dans le même sens, notamment le Ministry of Women's Equality de Colombie-Britannique (1997). Pour une analyse

comparative entre les démarches du gouvernement canadien et du gouvernement québécois, voir l'ouvrage produit sous la direction de Kurtzman et de Sève (2001).

[11] Le gouvernement du Québec a produit un programme d'action 2000-2003 qui prolonge cette démarche, mais celui-ci a été élaboré après la planification sociosanitaire examinée dans cette étude, soit la période 1998-2002.

[12] Ce comité interministériel formé en 1997 comprenait le Secrétariat à la condition féminine, le ministère du Conseil exécutif, le Secrétariat du Conseil du Trésor, le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère des Finances.

[13] La table régionale des groupes de femmes dans la région D s'est opposée à une proposition de ce genre émise par la RRSSS à propos de la distribution par le gouvernement des sommes provenant des pénalités imposées au syndicat des infirmières (FIIQ) suite à leur débrayage « illégal » de 1998 et qui devaient être distribuées aux groupes de femmes.

[14] La RRSSS du Nunavik et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux n'ont pas été étudiés à cause des caractéristiques particulières du réseau sociosanitaire dans ces milieux.

[15] Dans la région C, l'information de la RRSSS et du regroupement régional des groupes de femmes indiquaient l'absence d'une répondante en condition de vie des femmes au moment de la prise de contact. Par la suite, au cours de l'étude, des discussions se sont amorcées entre la RRSSS et les réseaux régionaux des groupes de femmes sur l'existence d'une telle fonction dans les structures de la RRSSS.

[16] Une RRSSS qui avait indiqué ne pas avoir de répondante en condition de vie des femmes a confié officiellement ce mandat à une de ses professionnelles alors que l'étude était en cours.

[17] Le devis initial prévoyait des entrevues individuelles avec des femmes ayant participé au processus de consultation ou de décision dans chacune des RRSSS pour cerner les acquis et les obstacles rencontrés dans leur expérience de participation. En cours d'investigation, nous avons constaté que les consultations des RRSSS sur les PROS pouvaient remonter à 1997 et que plusieurs interlocutrices référaient plus souvent à des consultations plus récentes, soit dans le cadre de la révision de politiques particulières (santé mentale, agressions sexuelles), soit dans le cadre d'une autre commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) qui a précédé nos entrevues de quelques semaines. Ces commentaires sur d'autres consultations n'ont pas été retenues dans l'analyse.

[18] Un recoupement de plusieurs listes a d'abord été fait : la liste des groupes membres de la table des groupes de femmes de chaque région, la liste des groupes de femmes produite par le Conseil du statut de la femme du Québec, ainsi que la liste des groupes de femmes membres des regroupements régionaux d'organismes communautaires financés par les RRSSS, par le biais du programme de soutien aux organismes communautaires.

[19] Dans une région notamment, l'organisation d'une action provinciale des centres de femmes a coïncidé avec la tenue du groupe de discussion, ce qui a eu pour effet de réduire la participation.

[20] Il s'agit de la coordonnatrice de la table des groupes de femmes de cette région qui est également membre du conseil d'administration de la régie régionale.

[21] Avec quelques variantes entre les divers PROS, on y retrouve généralement les *continuum* en santé physique, en santé mentale, en soutien à domicile ou services aux personnes âgées, en enfance-jeunesse, en déficience physique ou intellectuelle et en alcoolisme-toxicomanie.

[22] Pour les *Orientations en matière de planification des naissances* (Québec, MSSS, 1995b), il faut mentionner cependant qu'un des objectifs ciblait la réduction des grossesses à l'adolescence.

[23] La population autochtone, qui compte un peu plus de 70 000 personnes au Québec, est présente dans plusieurs régions avec des concentrations plus importantes sur la Côte-Nord, en Montérégie, en Abitibi, au Lac-Saint-Jean, en Mauricie et en Gaspésie. De plus, la prise en charge de leur santé par les communautés autochtones elles-mêmes a fait l'objet de négociations entre les Premières Nations et les gouvernements fédéral et provincial et se réalise dans différentes communautés, notamment dans la foulée de la Commission Erasmus-Dussault. Soulignons que la RRSSS de la Baie-James (Nord-du-Québec) dessert la population non autochtone car la population crie est desservie par son propre réseau de santé et de services sociaux.

[24] L'enquête du CSF en 1995 (Québec, CSF, 1995b) a répertorié des comités aviseurs dans les RRSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean, de Québec, de Mauricie-Bois-Francs, de l'Estrie, et de l'Abitibi-Témiscamingue. La situation au moment de notre étude est présentée dans le tableau à l'annexe C.

[25] Il s'agit des RRSSS de Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, Laval, Laurentides et Lanaudière, tandis que la Montérégie fait exception. Les RRSSS du Bas-Saint-Laurent et de l'Outaouais, qui n'avaient pas de comité aviseur en condition de vie des femmes en 1995, ont formé un tel comité depuis.

[26] L'Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS) compte 450 groupes locaux à travers le Québec. C'est un mouvement d'entraide, de partage et de solidarité qui défend auprès de différentes instances les droits et revendications des femmes.

[27] La satisfaction des femmes à l'égard du service Info-Santé CLSC ainsi que le taux élevé d'utilisation par les femmes se vérifie d'ailleurs à l'échelle du Québec : huit personnes sur dix qui utilisent ce service sont des femmes (Hagan et coll., 1998).

[28] Des commentaires négatifs ont été exprimés à l'égard du processus de consultation mené dans le cadre de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux

(Commission Clair) qui réalisait une tournée de consultation pendant le déroulement de notre étude.

[29] La Table des groupes de femmes de la région réclame, de la RRSSS, des ressources pour que chaque maison d'hébergement pour femmes victimes de violence puisse embaucher une travailleuse autochtone, dans le but de mieux communiquer avec les femmes de ces communautés qui font appel à leurs services.

[30] Avant les modifications découlant du projet de loi 28 adopté en juin 2001, le conseil d'administration d'une RRSSS était composé, selon la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, (L.R.Q., chap.S-4.2), de huit personnes représentant les établissements de services sociaux et de santé, quatre représentant les organismes communautaires, quatre pour les groupes socio-économiques de la région, le milieu municipal et scolaire, de quelques membres cooptés ainsi que du président ou présidente de la commission médicale régionale et du directeur ou directrice général-e de la RRSSS.

[31] Ces mémoires ont été présentés par un regroupement des maisons d'hébergement et de transition pour femmes victimes de violence conjugale, par un groupe de soutien aux femmes victimes du sida, et par un centre de recherche universitaire en santé des femmes. D'autres mémoires ont abordé la santé des femmes, mais ce n'était pas leur objet principal.

[32] Par exemple, trois tables de concertation traitant de la violence faite aux femmes ont coexisté dans la région, réunissant pratiquement les mêmes intervenantes, situation qui résulte des dynamiques existant dans la région.

[33] On nous a indiqué qu'environ 1 000 invitations à participer aux consultations ont été envoyées à divers partenaires dans la région.

[34] Il s'agit en fait des *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (Québec, MSSS, 1996).

[35] Plusieurs personnes ont mentionné qu'il existait auparavant des structures participatives basées sur sept tables sous-régionales regroupant des personnes représentant le réseau de la santé, le milieu communautaire et les partenaires intersectoriels. Selon un professionnel de la RRSSS, une évaluation externe a conclu que le mandat de ces tables était trop vaste et des conflits sont nés notamment sur des questions de partage budgétaire entraînant le retrait de certains établissements et l'affaiblissement de ces structures.

[36] Il s'agit notamment des politiques en matière de violence faite aux femmes et du programme de dépistage du cancer du sein. On pourrait aussi donner l'exemple du programme Naître égaux - Grandir en santé, qui cible plutôt le bien-être des tout-petits dans les familles en difficulté.

[37] Le MSSS a élaboré de tels indicateurs de suivi de la *Politique de la santé et du bien-être* (Québec, MMMM, 1998) et plusieurs RRSSS l'ont fait également pour assurer le suivi du PROS et du « virage ambulatoire ».

[38] Il s'agit de modifications à la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (L.R.Q. chap.S-4.2).

[39] Des listes de personnes sont fournies par les organismes socio-économiques et les MRC (4 postes), les établissements de santé (3 postes), les organismes communautaires (1 poste), les organismes du milieu de l'enseignement (1 poste), les organismes du milieu syndical (1 poste) ainsi que la commission médicale régionale (1 poste), la commission infirmière régionale (1 poste) et la commission multidisciplinaire (1 poste), des instances professionnelles régionales et par le conseil d'administration (2 postes).

[40] La proportion de femmes dans les conseils d'administration des RRSSS, nommés par le Ministre, est passée de 36 à 49 p. 100. Ce changement s'étant produit en décembre 2001, il n'a pas été possible de le considérer dans le cadre de la présente étude.

Projets financés en vertu du Fonds de recherche en matière de politiques
de Condition féminine Canada
Appel de propositions **Où sont les femmes? Changements des discours touchant les politiques**

La réussite scolaire comparée selon le sexe : catalyseur des discours masculinistes
Pierrette Bouchard

Une question capitale pour les mères : le discours sur les soins maternels en situation de crise
Lorraine Greaves, Colleen Varcoe, Nancy Poole, Marina Morrow, Joy Johnson, Ann Pederson et Lori Irwin

L'expérience de participation des groupes de femmes dans la planification régionale des services sociaux et de santé au Québec
Bilkis Vissandjée

Établissement du cadre de la pauvreté dans le contexte de la pauvreté chez les enfants et les incidences sur les femmes
Wanda Wiegers

The Participation Experience of Women's Groups in Regional Health and Social Services Planning in Quebec

Jocelyne Bernier, Bilkis Vissandjée and Marlène Dallaire

Status of Women Canada
Condition féminine Canada

Canada

103-05629/

The Participation Experience of Women's Groups in Regional Health and Social Services Planning in Quebec

Jocelyne Bernier, Bilkis Vissandjée and Marlène Dallaire

for the

Centre of Excellence for Women's Health

Université de Montréal Consortium

The research and publication of this study were funded by Status of Women Canada's Policy Research Fund. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily reflect the official policy of Status of Women Canada or the Government of Canada.

May 2003

Status of Women Canada is committed to ensuring that all research produced through the Policy Research Fund adheres to high methodological, ethical and professional standards. Each paper is anonymously reviewed by specialists in the field and comments are solicited on the:

- accuracy, completeness and timeliness of the information presented;
- extent to which the analysis and recommendations are supported by the methodology used and the data collected; and
- original contributions the report would make to existing work on this subject and its usefulness to equality-seeking organizations, advocacy communities, government policy makers, researchers and other target audiences.

Status of Women Canada thanks those who contribute to this peer review process.

National Library of Canada cataloguing in publication data

Bernier, Jocelyne, 1946-

The participation experience of women's groups in regional health and social services planning in Quebec

Texte in English and French on inverted pages.
Title on added t.p.: L'expérience de participation des groupes de femmes dans la planification régionale des services sociaux et de santé au Québec.
Includes bibliographical references.
Issued also on the Internet.

ISBN 0-662-67289-5
Cat. no. SW21-106/2003

1. Community health services – Quebec (Province) – Planning.
2. Community health services – Quebec (Province) – Citizen participation.
3. Women's health services – Quebec (Province)
I. Vissandjée, Bilkis.
II. Dallaire, Marlène.
III. Canada. Status of Women Canada.
IV. Title: L'expérience de participation des groupes de femmes dans la planification régionale des services sociaux et de santé au Québec.

RA450.Q4B47 2003 362.1'082'09714 C2003-980135-7E

Project management: Julie Cool and Jo Anne de Lepper, Status of Women Canada
Publishing coordination: Cathy Hallessey, Status of Women Canada
Editing and formatting: PMF Services de rédaction inc. / PMF Editorial Services Inc.
Translation: Société Gamma inc.
Comparative review: William Hart
Translation coordination: Monique Lefebvre, Status of Women Canada
Translation quality control: Jane Butler

For more information, contact:
Research Branch
Status of Women Canada
123 Slater Street, 10th Floor
Ottawa, Ontario K1P 1H9
Telephone: (613) 995-7835
Fax: (613) 957-3359
TTY: (613) 996-1322
E-mail: research@swc-cfc.gc.ca

This document is also available on the Status of Women Canada Web site at: http://www.swc-cfc.gc.ca/.

ABSTRACT

This exploratory study examines the participation of women's groups in regional planning of health and social services in Quebec with the purpose of identifying problems and successes in their relations with regional health and social services boards (RHSSBs). Our report begins with a description of the commitments with respect to the status of women included in regional services organization plans for the 1998–2002 period, and the organizational structure introduced by the RHSSBs to ensure implementation of these commitments. We then present a descriptive-comparative analysis of the situation in four regions selected for their diversity; this allows us to contrast the intra-regional dynamics, and to identify indices with respect to the observed differences in the planning and programming of services and in the interactions of RHSSBs with women's groups. The report concludes with recommendations on strategies for promoting gender equality in regional health and social services planning for the Quebec Ministère de la Santé et des Services sociaux, the RHSSBs and regional coalitions of women's groups.

CONTENTS

TABLES iii

ACRONYMS iv

PREFACE v

ACKNOWLEDGEMENTS vi

EXECUTIVE SUMMARY vii

1. INTRODUCTION 1

2. CONTEXT 3
- Regionalization of the Organization of Health and Social Services 3
- Consequences for Women of Reform of the Health Care System 4
- Gender-Based Analysis and Regional Health Planning 6
- Participation of Women's Groups in Regional Structures 8

3. METHODOLOGY 11
- Data Collection 11
- Data Analysis 15

4. FINDINGS 18
- Commitments Included in the 1998–2002 RSOPs Relating to Status of Women Issues 18
- Organizational Structure of the RHSSBs with Respect to Status of Women Issues 21
- Case Studies in Four Regions of Quebec 23

5. CLARIFYING THE STRATEGIC ORIENTATIONS 47
- Lessons Learned from the Experience in a Fifth Region 49
- Governance Changes in the Health and Social Services Network in Quebec 50

6. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS 52
- Recommendations to the Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec 52
- Recommendations to Regional Health and Social Services Boards 54
- Recommendations to Women's Groups 55

APPENDIXES:

A: Quebec's Health and Social Services Regions 57

B: Questionnaire for Regional Boards 58

C: Situation of Status of Women Coordinators and Advisory Committees in Regional Health and Social Services Boards 64
D: Questionnaire for Discussion Group Participants 67
E: Interview Guides 70

BIBLIOGRAPHY 75

NOTES 82

TABLES

1 Board Classification Criteria for Case Studies 12
2 Interviews and Discussion Groups 17
3 Areas of Activity of Community Groups to which Discussion Group Participants Belong 24

ACRONYMS

AFÉAS	Association féminine d'éducation et d'action sociale
BoD	Board of Directors
CEWH	Centre of Excellence for Women's Health, Université de Montréal Consortium
CSF	Conseil du statut de la femme du Québec
GBA	Gender-based analysis
LCSC	Local Community Service Centre
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
PHB	Public Health Branch
PHWB	Policy on Health and Well-Being
RAC	Regional Administrative Conference (regional interdepartmental structure)
RCCO	Regional committee/coalition of community organizations
RCM	Regional county municipality
RHSSB	Regional health and social services board
RHSSC	Regional health and social services council
RSOP	Regional services organization plan
SWC	Status of Women Canada

PREFACE

Good public policy depends on good policy research. In recognition of this, Status of Women Canada instituted the Policy Research Fund in 1996. It supports independent policy research on issues linked to the public policy agenda and in need of gender-based analysis. Our objective is to enhance public debate on gender equality issues in order to enable individuals, organizations, policy makers and policy analysts to participate more effectively in the development of policy.

The focus of the research may be on long-term, emerging policy issues or short-term, urgent policy issues that require an analysis of their gender implications. Funding is awarded through an open, competitive call for proposals. A non-governmental, external committee plays a key role in identifying policy research priorities, selecting research proposals for funding and evaluating the final reports.

This policy research paper was proposed and developed under a call for proposals in September 1999, on W*here have all the women gone? Changing shifts in policy discourses*. Researchers were asked to examine shifts in public policy discourse to anticipate affects on gender issues and develop strategies to ensure that the discourses recognize and serve women's interests.

The research projects funded by Status of Women Canada on this theme examine issues such as discourses around mothering under duress, child poverty, gender and academic success, as well as gender equality promotion strategies for regional planning.

A complete list of the research projects funded under this call for proposals is included at the end of this report.

We thank all the researchers for their contribution to the public policy debate.

ACKNOWLEDGEMENTS

The research team would like to begin by thanking the regional committees of women's groups that generously agreed to co-operate with our work. This study would not have been possible without the input provided by members of women's groups from various regions across Quebec, especially women who are members of status of women advisory committees or boards of directors of regional health and social services boards, and staff, managers or coordinators responsible for the status of women portfolio within these regional boards. We extend to them our sincere thanks.

We would also like to acknowledge the valuable contribution of the members of the research project's steering committee, who supported the research team with their thoughtful and useful advice throughout the project: Michèle Asselin of L'R des centres de femmes du Québec; Mariangela Di Domenico, Montréal regional director of the Conseil du statut de la femme du Québec; Jane Jenson, professor of political science at the Université de Montréal; and Rose-Marie Mayetela of the Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux.

Lastly, we would like to thank the staff of the Policy Research Fund at Status of Women Canada for making this study possible.

Jocelyne Bernier, Professional Researcher
Marlène Dallaire, Professional Researcher
Bilkis Vissandjée, Associate Professor, Faculty of Nursing Science,
Université de Montréal

EXECUTIVE SUMMARY

Various levels of government in Canada have made commitments relating to the status of women and tools have been developed to foster the integration of gender-based analysis (GBA) in policy development and evaluation. In Quebec, the provincial government has developed a GBA implementation strategy that relies on pilot projects conducted mainly in the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). However, departmental policies affecting the living conditions of women are not always reflected in regional health and social services planning, and the negative impact of health system changes on women in various situations has been a source of criticism by many women's groups. What is the reason for this disconnect between orientations and policies intended to take into account gender differences and the lack of consideration given to them in organizing health and social services?

This exploratory study examines the participation experience of women's groups in regional health and social services planning in Quebec, with the aim of understanding the problems and successes of their relations with regional health and social services boards (RHSSBs). The study is not limited to the consultations surrounding preparation of regional services organization plans (RSOPs). We begin with a description of the commitments related to the status of women included in RSOPs for the period 1998–2002 and the organizational structure put in place by the RHSSBs to ensure implementation of these commitments. Four more detailed case studies were conducted of the relations between regional coalitions of women's groups and the RHSSBs. Our assessment of these relations is based mainly on the perceptions of practitioners from the organizations that work with women in each of the regions, women representing the community movement on the boards of directors of the RHSSBs, managers responsible for planning or community relations, and status of women coordinators in the RHSSBs.

A descriptive-comparative analysis of the situation in each of the regions examined made it possible to:

1) contrast the intra-regional dynamics;
2) identify indices for understanding the differences noted in the planning and programming of services within the RHSSBs in the case studies, and in their interactions with women groups;
3) examine the similarities and differences in the procedures adopted in each of the RHSSBs to take into account the concerns of women's groups in RSOP planning and follow-up; and
4) make recommendations on strategies for fostering gender equality in regional health and social services planning, for the attention of MSSS, the RHSSBs and regional coalitions of women's groups.

With the women's movement being very active in the health field, factors such as organizational structures, available resources and RHSSB communications channels with various women's groups also significantly affect the extent to which the concerns of

women's groups and women's specific needs are included in the planning and organization of health and social services. Our analysis of the participation experience of women's groups in regional health planning yields two types of recommendations:

- Those that deal with the application of GBA to the review of the Policy on Health and Well-Being and the *Priorités nationales de santé publique*, which guide regional planning, and the inclusion of clear commitments to respond to the specific needs of women in the next RSOPs. Along with the results of GBA pilot projects currently under way within MSSS, a practical guide to GBA application should be distributed to regional health and social services planning officials. Training should also be provided to RHSSB boards of directors and staff.

- Those that highlight the need to provide RHSSBs with structures and resources to ensure coordination and implementation of the commitments in RSOPs, including status of women advisory committees and coordinators linked to the executive council of each RHSSB. The contribution and expertise of women's groups in these processes should also be recognized by remunerating representatives of women's groups who are members of regional status of women advisory committees.

INTRODUCTION

Over the past decade, issues raised by the women's movement have been incorporated into specific orientations, policies and programs adopted by the Government of Quebec, notably those dealing with perinatal care in 1993, spousal violence and sexual assault in 1995, and breast cancer screening in 1998. The purpose of these policies is to improve health and social services for women, taking into account their living conditions and their specific needs. However, women's groups and analysts interested in promoting gender equality are increasingly criticizing the impact on women of health care reforms introduced over the past 10 years in Quebec and other Canadian provinces (Armstrong et al., 2001).

In Quebec, the Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux, which brings together a number of women's groups, community agencies and unions, points out, "In the shift to ambulatory care,[1] it is the women who have been paying and continue to pay the price as users, as caregivers and volunteers, and as workers. . . . [This is] a resurgence of family-centred ideology, [a] step forward for privatization [and a] step back for democracy" [Translation] (Coalition féministe, 1998, pp. 74–75). For its part, the Réseau québécois d'action pour la santé des femmes notes, "Little or nothing is known about most women's health policies. They are poorly publicized, not made widely available or not applied. In addition, services that implement these policies are often lacking or invisible" [Translation] (RQASF, 1999, p. 15).

What are the reasons for this disconnect between policies seeking to respond to the specific health needs of women and harmful health care reforms that tend to widen gender disparities? Various women's networks believe that, in the health and social services field, we are still waiting for action on commitments made by both the federal and provincial governments at the Fourth World Conference on Women in Beijing in 1995 regarding integration of gender-based analysis (GBA) into policy development and evaluation.

In Quebec, the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) introduced its *Orientations en matière de condition féminine* (Quebec, MSSS, 1991) for the period 1992–2000 and a *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes* (Quebec, 1998) before developing regional services organization plans (RSOPs). The regional health and social services boards (RHSSBs) are responsible for implementing these plans, which cover the period 1998–2002.[2] In 1997, MSSS also launched a pilot project for the gradual incorporation of GBA into departmental orientations and policies relating to services for frail seniors, a project that ends in 2003.

Despite the orientations announced by MSSS and its ongoing initiatives, the RSOPs are quite disparate in terms of their consideration of the living conditions of women and in their responses to women's specific needs. Can an analysis of RSOP planning and monitoring procedures provide insight into the gap between certain departmental orientations and the way regional services are organized? What conclusions can be drawn from the experience of practitioners from women's groups who participated in these procedures?

The purpose of this exploratory study is to examine the problems and successes of regional coalitions of women's groups in their relations with the RHSSBs. We begin with an analysis of the RSOPs and the organizational structure of 16 of the 18 RHSSBs with respect to the status of women portfolio. These initial observations are followed by a study of the dynamics in four regions with differing RSOPs and board structures. The analysis of these experiences serves as the basis for identifying avenues for action to foster integration of the specific needs of women in regional health and social services planning. Recommendations for the various parties concerned are presented in the conclusion.

2. CONTEXT

Regionalization of the Organization of Health and Social Services

The public health and social services system was established in Quebec in the early 1970s.[3] Inspired by the report of the Castonguay-Neveu Commission (1966–71), services were reorganized by systematically linking health and social services, establishing a department of social affairs, and giving significant powers to its minister to ensure universal accessibility to services and to streamline the system's operation (Bergeron and Gagnon, 1994). Regionalization and community involvement were seen as important tools for improving service quality and efficiency (Turgeon and Anctil, 1994; Latérière and Voyer, 1995). The year 1971 saw creation of the first regional health and social services councils (RHSSCs) mandated to conduct consultations; this partly opened the door to public participation in the administration of regional institutions and organizations of the public health and social services system.

In the 1980s, the health and social services system had to adjust to numerous societal changes: technological advances, demographic shifts, increased immigration and ethnocultural diversity, increasingly available health information, and new values that favoured home support for frail individuals. As a result, services had to adapt to more and more varied needs. These changes, coupled with serious management problems, also contributed to a re-examination of the centralized planning of the health system. In addition, analyses revealed that living conditions had a greater impact on population health than the organization of health and social services, and that improving health was not necessarily related to increasing the cost of the health care system (Evans and Stoddart, 1990; Evans, Barrer and Marmor, 1994). The debt load of Western countries and the rise in health care spending became a political issue in the 1990s—especially in Canada, where the health system consumes a larger share of the national income than in other industrialized countries (Contandriopoulos, 1991; Deber and Swan, 1998).

It is in this context[4] that another reform of the health and social services system was launched in the early 1990s, in response to the report of the Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Rochon Commission).[5] The Commission found that Quebec had failed in its efforts to democratize the health care system, and it suggested strengthening public participation in decision-making mechanisms. It recommended, among other things, greater decentralization of decision making to regional boards with taxation power and elected directors. The Government of Quebec accepted neither of these two recommendations.

Quebec's *Act respecting Health Services and Social Services,* enacted in 1991, created 18 regional health and social services boards to replace the RHSSCs.[6] Under the Act, each RHSSB has the following objects:

1) ensuring public participation in the management of the public network of health services and social services . . .

2) formulating priorities in matters of health and welfare according to the needs of the population of the region . . .
3) establishing service organization plans in its territory and evaluating the effectiveness of services . . .
4) allocating the budgets intended for the institutions and granting subsidies to community organizations . . .
5) ensuring the coordination of the special medical activities of physicians . . . institutions [and] community organizations . . .
6) implementing measures for the protection of public health and for the social protection of individuals, families and groups;
7) ensuring economical and efficient management of the human, material and financial resources at its disposal. (Quebec, RSQ, c. S-4.2, s. 340)

This act established the requirement for regional committees composed of members chosen by various bodies to enable public institutions, municipalities, community organizations, socio-economic organizations and other interested groups to express their expectations and to have a voice in the decisions of the RHSSB. Each regional committee was mandated to hold elections every three years for members of the board of directors (BoD) of the RHSSB, and to approve the regional priorities and annual reports of the RHSSB. The regional committees lasted only a few years and were abolished in June 1996.

The RHSSBs are responsible for developing and implementing the regional services organization plans in collaboration with institutions and community organizations, as well as with representatives from sectors that have an impact on health (Quebec, RSQ, c. S-4.2, s. 346). However, the Policy on Health and Well-Being, adopted in 1992, sets the framework for the activities of the regional boards in planning health and social services. Further, overall financial guidelines are decided by the Ministère de la Santé et des Services sociaux, and RSOPs must be submitted for approval by the Minister. The department retains all its powers with respect to policy development and regulation (Turgeon and Anctil, 1994).

This is the context in which the RHSSBs prepared their first RSOPs for the 1995–98 period, with the goal of achieving the budgetary targets set by MSSS. The initial regional plans for the restructuring of the public health and social services system were followed by a second planning phase aimed at consolidating changes over the period from 1998 to 2002.[7]

Consequences for Women of Reform of the Health Care System

Health care reform in all Canadian provinces and in a number of developed countries has several common features related to changing service organization modes in order to reduce public costs. While each Canadian province organizes its health system differently, decentralization and spending cutbacks are the two major components of the health care reforms begun in the 1990s. The financial framework is largely a response to reduced federal health funding. The first cutbacks were imposed in 1982 but the pace increased with major reductions in transfer payments to the provinces occurring in the mid-1990s.[8]

The Quebec government, which is demanding reinstatement of federal transfer payments, has slashed public funding of the health system. The Quebec government's budget for health and social services fell from $13.17 billion in 1994–95 to $12.61 billion in 1997–98, coinciding with the launch of the regional plans that are the subject of this study. The fall represents a drop in annual per-capita public spending from $1,692 to $1,608, while the Canada-wide average was estimated at $1,821 in 1997–98. Over a longer period, Quebec reduced the public proportion of health and social services funding from 81.5 per cent in 1980 to 69.1 per cent in 1998. Sadly, it has thus moved from being the province providing the highest proportion of public funding in 1980 to one of the provinces providing the lowest proportion in 1998 (Bernier and Dallaire, 2000). Should it be any surprise that women, who earn less than men and who make greater use of health services, have been especially affected by these cutbacks?

The health system reform introduced in Quebec in the 1990s is referred to as the "shift to ambulatory care"; it focuses on alternatives to institutional treatment, with an increase in day surgery, increased ambulatory care services, shorter hospital stays, transfer of care to the community, and home support for individuals with more severe disabilities (Quebec, MSSS, 1994). The purpose of this delivery model is to foster integration and complementarity of services and to promote co-operation between institutions, with the overarching objective of improving the efficiency of the entire system. While Quebec has lagged behind other provinces in this area, the "shift" occurred very quickly, in a climate of fiscal restraint, and without adequate resources being re-invested in home care services (Bernier and Dallaire, 2000).

This reform is often portrayed as neutral in terms of gender relations. However, a number of studies, both in Canada and abroad, have shown that failure to acknowledge gender differences has negatively affected the circumstances of many women who use and provide care in the public system, in private services, in the community or in the family. Such reform leads to a deterioration in the living conditions of numerous women; it is a step backward in terms of gender equality (Armstrong, 1996, 1999; Coalition féministe, 1998; AFÉAS et al., 1998; CSF, 1999; Bernier and Dallaire, 2000; Armstrong et al., 2001).

Transferring responsibilities to the home setting, which is the outcome of the changes in service organization, considerably alters relations between the government, the public system, community services, private service providers and informal caregivers (primarily female family members) (Standing, 1999; Broom, 1999). Given the gender-based division of social roles, women provide most of the care for persons who are sick or have disabilities. Following the changes in the health care system, many women are assuming an increasingly heavy and complex burden of care for those close to them, and they take on an additional burden when support measures or concrete alternatives to family care are not in place (AFÉAS et al., 1998).

The cutbacks, along with mergers and restructuring, also resulted in significant layoffs in the health and social services system, which is staffed mainly by women. These measures disrupted caregiving and intensified instability, insecurity and burnout in the workplace (Bourbonnais et al., 1998; CSF, 1999). Employees and volunteers active in community

organizations in the health and social services sector, where women are also in the majority, must now respond to greater and more complex demands for services from people abandoned by overburdened public services (ROCQ-03, 1997; AFÉAS et al., 1998; RIOCM, 1998).

Some of the consequences of this change in service delivery vary depending on the personal characteristics of the women, their living conditions, their age, their place of residence, their cultural background, and so forth. Problems with access to health and social services, for example, are more severe for women who live in rural areas far from major urban centres (shortage of physicians, transportation problems, etc.). The deterioration in the quality of care is a particular problem for elderly women and women with disabilities living at home or in residential and extended care centres. Lastly, ensuring proper services to meet the special needs and values of women from diverse ethnocultural communities or marginalized groups is more difficult at a time when resources are being cut back.

The impact on women of the shift to ambulatory care raises questions about how service organization is planned. How are the specific needs of women taken into consideration in the RSOPs? What are the constraints of the RHSSBs in their planning efforts? What were the interactions between the regional boards and the advocacy groups for the status of women in the regions?

Gender-Based Analysis and Regional Health Planning

For several decades, feminists have been carrying out critical analyses of government programs and policies to determine whether they respond to the specific needs of women and whether they perpetuate or exacerbate gender inequalities. "Gendered analysis" and "gender-based analysis" (GBA) are the most recently coined expressions for this type of analysis. They are used mainly in connection with government efforts to integrate a perspective that considers gender disparities in policy analysis.[9] The federal government and some provinces, including Quebec, have conducted various initiatives of this type, especially since committing to promote women's rights at the 1995 Fourth World Conference on Women in Beijing.[10]

In the federal government, it is the responsibility of Status of Women Canada (SWC) to foster GBA; the department has produced a guide for incorporating this type of analysis in policy development, along with a somewhat complex eight-step tool (Canada, SWC, 1996). This guide has been used or adapted by various departments including Health Canada, which prepared a Women's Health Strategy (Canada, 1999). In the guide, GBA is defined as "a process that assesses the differential impact of proposed and/or existing policies, programs and legislation on women and men . . . [and] makes it possible for policy to be undertaken with an appreciation of gender differences, of the nature of relationships between women and men and of their different social realities, life expectations and economic circumstances" (Canada, SWC, 1996, p. 4).

The Quebec government's approach differs in its orientation and its implementation strategy, even though both levels of government are pursuing similar objectives. In 1993, the Quebec government adopted a *Politique en matière de condition féminine* (Quebec, 1993) with a

10-year implementation timeline and implementation plans established on a three-year planning cycle. Under its *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises* (Quebec, 1997a), the Quebec government established a GBA project.[11] The implementation strategy, initiated by the Secrétariat à la condition féminine, is the responsibility of an interdepartmental committee[12] and calls for the gradual involvement of all government bodies through pilot projects. This initiative to incorporate GBA into government practices is a long-term effort.

In the *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises*, GBA is defined as "during the design and development of a policy, program or any other initiative, a preventive process to identify the differing impact that its adoption by the government might have on affected women and men given their particular socio-economic conditions" [Translation] (Quebec, 1997a, p. 15). GBA is described as a mechanism for finding solutions to gender inequality, recognizing that policies and programs are not neutral and can contribute to systemic inequalities. Its use is intended to foster not only equality in law between men and women but also in fact, which can lead to the development of specific programs to deal with the particular circumstances of either sex.

GBA sees the social relationships between the sexes as a key determinant of living conditions, vulnerability, exposure to certain risks, use of services, the social response of family and professionals in the health and social services system to the needs expressed, and the contribution of women to the provision of formal and informal care. While the use of demographic or statistical data broken down by gender is necessary, it does not in itself ensure the application of GBA. GBA requires that the analysis move from simply comparing raw data to examining the conditions specific to women and men, and to identifying the problems that affect their health, so that the necessary attention can be given to organizing services and setting priorities to reduce gender inequalities (Broom, 1999; Standing, 1999).

To take into account the diversity of women's circumstances, GBA must consider sources of inequality other than gender, particularly socio-economic position, age, disability or place of residence, all of which affect health and access to services (Zambrana, 1988; Standing, 1997; Teghtsoonian, 1999; Rankin and Vickers, 2001). The diversity of women's circumstances—whether associated with social class, sexual orientation or regional, cultural, ethnic or religious characteristics—makes the application of GBA quite complex.

As part of the Quebec government's status of women initiative, MSSS developed the *Orientations en matière de condition féminine 1992-2000* (Quebec, MSSS, 1991). It also prepared a *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes* (Quebec, 1998); this covers a significant part of the 1998–2002 planning period of the RHSSBs.

As part of the Quebec government's strategy to implement GBA, MSSS is conducting a pilot project that includes the development of guidelines for services offered to frail seniors. This project ends in 2003. The *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie* (2000a) effectively recognizes the more delicate situation of elderly women and mentions support for family in the range of services to be

offered (Quebec, MSSS, 2000). Nevertheless, in practice, Quebec is still the Canadian province that allocates the least resources to home support services, thereby leaving the burden largely to family, and to women for the most part.

Since 1995, the Conseil du statut de la femme du Québec has expressed its interest in the integration of women and status of women issues in regional board structures (Quebec, CSF, 1995a, 1995b). In 1997, a fifth strand was added to the Quebec government's policy on the status of women, entitled *La place des femmes dans le développement des régions* (Quebec, 1997b); it sought to strengthen the regional application of the status of women policy, and it encouraged regional authorities to adopt measures for ensuring representation of women in needs analysis and decision making. Three methods were proposed to put this strand into practice: the introduction of structures and resources for the status of women in regional institutions (boards, advisory committees, status of women coordinators); implementation of GBA in the policy development and evaluation process; and active recourse to "regional status of women expertise" held by local and regional women's groups (Quebec, 1997b, pp. 22–23).

Women's groups working on an ongoing basis in the field with women from diverse communities play a crucial role in identifying women's needs and understanding the specific impact of certain policies on women. However, some groups have particular reservations about getting involved with GBA implementation: "Since GBA is a management tool, groups have concerns about its impact on their autonomy in relation to the government apparatus" [Translation] (Kurtzman and de Sève, 2001, p. 17). They are afraid of being drawn into the role of "sub-managers," which requires a level of knowledge and statistical tools that they do not have and that will drain the limited resources they have available to respond to demands for their expertise. Further, at a time of budget cutbacks, some activists fear that GBA will simply be used to reduce the funds available for projects intended specifically for women, redirecting them instead to programs for a mixed or solely male clientele (Kurtzman and de Sève, 2001). For example, some RHSSBs have proposed using funds allocated to services for women who are victims of spousal violence to develop resources for treating violent men.[13]

Our analysis of the 1998–2002 RSOPs raises questions about the repercussions of the approaches developed by central bodies of MSSS during the same period. Similarly, there are questions about whether the inclusion of a section on the living conditions of women in certain RSOPs might merely increase lobbying by regional coalitions of women's groups, just as the sectoral policies responding to the specific needs of women have given rise to lobbying by the women's movement—notably the 1995 World March of Women Against Poverty, under the slogan "Bread and Roses."

Participation of Women's Groups in Regional Structures

During the 1990s, Quebec's Conseil du statut de la femme (CSF) made numerous recommendations to MSSS on the participation of women and women's groups in regional boards (CSF, 1989, 1995a, 1995b). The department's *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes* (Quebec, MSSS, 1998) also emphasizes the importance for Quebec women of becoming involved in regional decision making to ensure that collective choices reflect the different circumstances of men and women.

Beginning in the mid-1980s, coalitions of women's groups were formed in all regions of Quebec to draw participants into regional discussions and action. They "bring together in a single forum a variety of local and regional groups that aspire, as a matter of principle and despite practical difficulties, to an ideal of participatory democracy. Established around various issues related to the living and working conditions of women, these organizations together have a wide variety of knowledge and practices" [Translation] (Masson, 2001, p. 101). These coalitions are well placed to act as points of contact for the RHSSBs in regional planning related to health, social services and the status of women.

The RHSSBs have established a variety of mechanisms for working with women's groups with expertise in the specific needs of women. In several Quebec regions, there are advisory committees on the status of women, committees on violence, and breast cancer working groups. In general, women's groups are actively involved in partnerships with the health and social services network (Latérière and Voyer, 1995; Couillard and Côté, 1997; Fournier et al., 2001). Within the community movement, women's groups devote more days per month to collaborative activities than do other groups, whether in dealings with the health and social services system, in coalitions, or in exchanges between women's groups at the local, regional and Quebec-wide levels: 26.6 per cent of women's groups devote five or more days per month to these activities (Fournier et al., 2001). These authors add: "As shown by the analysis of regional dynamics . . . the fact that several of the priorities of regional boards deal with the concerns of women's groups encourages use of their expertise" [Translation] (Fournier et al., 2001, p. 119). This participation puts pressure on women's groups with limited resources, especially if the participation does not involve remuneration or recognition of their contribution. Latérière and Voyer (1995) note that participation in regional bodies affects women's groups, notably by setting up a certain hierarchy among groups and a tendency to specialization because of the problems associated with demanding, unpaid involvement in regional structures.

Since the RHSSBs were established, several studies have analyzed the conditions of participation with respect to democratization of the health system or relations between the community and the public system, or both (Lamoureux, 1994; Forest, Bryson and Lorion, 1994; Couillard and Côté, 1997; Tremblay, 1999; Forest et al., 2000). According to Lamoureux, who examined the mental health planning experience at the regional level, "Shared planning in this field has significant potential to expand democracy" [Translation], but there is a danger of the government taking control of community initiatives (Lamoureux, 1994, p. 197). Researchers have also found that involvement in decision-making bodies of the health and social services network shifts debate toward administrative matters and away from policy, thereby strengthening the technocratic apparatus (Godbout, 1991; Tremblay, 1999).

A number of women who are former members of RHSSB boards of directors reported the difficulty of getting people to listen to their concerns, especially in the context of spending cutbacks. A survey of this experience conducted by L'R des centres de femmes du Québec shows that the women consulted felt trapped by a "program-client" approach, set within "service continuums"; this reflects a technocratic approach to organization of services. The "culture shock" between a feminist and community-based approach (advocated by many

women's groups) and an epidemiological approach targeting vulnerable clienteles (the preferred approach in health and social services planning) was evident in this survey (L'R des centres de femmes du Québec, 1997). The overall approach of women's groups bucks general trends in the management of health and social services.

In their discussions of the negative impact of health and social services reform on the health and living conditions of women, women's groups question whether the needs of women have been taken into consideration in regional planning: "The service changes in recent years, budget cutbacks, institutional mergers and the shift to ambulatory care have placed considerable pressure on the nature of discussions and deliberations within the various participatory bodies. At no time could these economic imperatives be challenged by the institutions and regional boards mandated to carry out MSSS orders" [Translation] (Tremblay, 1999, p. 123). The opportunity for public participation in the administration of the health system continues to shrink. Lastly, the pluralistic nature of society is seldom reflected by participants in consultations or in decision-making bodies in the health and social services network, but this fact has received little attention in these analyses of modes of participation in the health and social services field.

Our review of women's experiences of participation in the planning processes of RHSSBs is not restricted to the consultations that provided input for the development of the various RSOPs. Indeed, the establishment of health and social services policies in regional programming is an almost continuous process of implementation and adjustment that goes beyond the specific task of developing and approving the RSOPs, and is pursued in the meetings of RHSSB boards of directors and in various advisory committees. A variety of factors, including available resources, organizational structures in the RHSSBs and their methods of communicating with the different women's groups, can have a significant impact on how the demands of women and of women's groups are integrated into regional health and social services planning.

3. METHODOLOGY

This study was developed and carried out with community partners, especially the L'R des centres de femmes du Québec and the Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCÉSSS), and with the collaboration of a regional coordinator of the Conseil du statut de la femme du Québec; these partners and the research team together formed a steering committee for the project. The committee was consulted on plans for the research, data collection tools and methodology at each stage of the study, the choice of Quebec regions to be included in the case studies, selection criteria for participants in the discussion groups, the analysis plan, and the drafting of recommendations. The ongoing presence and diversity of the steering committee members were essential to ensure the relevance of the development and performance of this study on the experience and concerns of women and women's groups active in various communities. Lastly, with regard to the ethical aspects of the research, the University de Montréal's Comité d'éthique de la recherche des sciences de la santé approved the data collection procedure and tools.

The purpose of this exploratory study is to examine the participation of women's groups in the consultation for and the follow-up on the 1998–2002 RSOPs to better understand the difficulties and barriers, as well as the successes, that have characterized their relations with the RHSSBs. This research reveals the factors that promote and impede the development of programs that respond to the specific needs of women and that help to reduce gender inequalities. One of the expected outcomes of this study is to provide support for efforts to include precise commitments for the promotion of gender equality in future RSOPs.

Data Collection

There were three stages to data collection between May 2000 and June 2001. RHSSB respondents, both male and female, completed a short questionnaire on the planning and consultation practices used in preparing the 1998–2002 RSOPs and on responsibilities in the organizational structure for follow-up on status of women issues. The RSOPs were then analyzed to determine how they reflected MSSS policies on the status of women. In some cases, additional documents on RSOP follow-up and the mandate of the status of women coordinator and committee were also reviewed. These steps provided information on 16 of the 18 regional health and social services boards in Quebec[14] in terms of commitments to women's health included in the RSOPs and responsibilities in the organizational structure for implementing these commitments.

The third part of the data collection process included discussion groups or individual interviews in four regions of Quebec on how women representing the community on RHSSB boards of directors and representatives of women's groups perceived the planning and co-operation processes related to women's health and living conditions. Lastly, interviews were also held with officials responsible for planning and consultation in the regional boards, and with status of women coordinators when such positions existed.

The regions selected by the steering committee differed in two respects: the diversity of methods used to consult the public and communicate with women's groups, and the internal structure ensuring monitoring of status of women issues.

Questionnaire for Regional Health and Social Services Boards

The first data collection step involved 16 of the 18 RHSSBs in Quebec. A questionnaire (reproduced in Appendix B) was sent to the executive council. One part of the questionnaire covered the planning and consultation activities used in developing the 1998–2002 RSOPs; the other part covered responsibilities in the organizational structure relating to the status of women mandate, and in particular, whether or not there was a status of women coordinator or advisory committee. The questionnaire was returned to us by the RHSSBs with their 1998–2002 RSOP, an organizational chart and where applicable, the list of participating individuals or organizations in regional consultations. In addition, nine boards provided documents relating to the status of women coordinator function or the mandate of a status of women advisory committee.

Selection of the Four Regions for the Case Studies

The documents thus gathered were analyzed in order to classify the regional boards by the following criteria: (1) methods of planning and public consultation in developing the RSOPs (Forest et al., 2000); and (2) the presence or absence of a status of women coordinator or advisory committee. The time spent by the coordinator on status of women issues and this individual's position within the regional board's decision-making structures, as well as that of the status of women advisory committee, were also considered in refining the application of the second criterion.

Table 1: Board Classification Criteria for the Case Studies

Planning and Public Consultation Methods
• Variety of tools for disseminating information to the public • Variety of tools for evaluating the region's priority needs • Variety of mechanisms for consulting partners • Variety of approaches for consulting the public • Variety of mechanisms for facilitating participation • Role of the board of directors in the planning and consultation process
Organizational Structure Regarding the Status of Women Portfolio
• Presence or absence of a status of women coordinator • Percentage of time devoted to status of women issues • Presence or absence of a status of women advisory committee • Decision-making level to which the coordinator or advisory committee reports in the regional board's structure, if applicable • Frequency of contact with women's groups and coalitions

The classification of the RHSSBs by these criteria served as the basis for selecting the four regions used in the case studies. However, applying the criteria proved more complex than expected. The planning and consultation methods involve a wide range of procedures and means that may be related to the regional board's policies, available resources, or the characteristics of each region. This factor was considered when classifying the regions because the procedures and means used by the RHSSBs are linked to regional circumstances.

The consultation activities of the RHSSBs vary depending on whether they are in a high-density urban region with a culturally diverse population, or in outlying regions that cover a wider territory with a more homogeneous population, where the focus is often on local bodies (regional county municipalities, Local Community Service Centre areas).

Among the four regions selected, Region A has a relatively homogeneous population in terms of cultural background; it includes a major urban centre surrounded by an extensive rural area. Region B is a resource-producing area, far from major centres, where communities are far apart from each other. Region C includes a major urban centre with a culturally diverse population and a concentration of specialized services. Lastly, Region D is located in the urban belt of a major centre where the population is relatively diverse and growing quickly (see Table 2). To comply with the recommendations of the ethics committee, the regions are not named.

As for the organization and internal resources allocated to status of women issues, it should be mentioned that the RHSSBs for Regions A and B indicated that they have a status of women coordinator and advisory committee; in the RHSSBs for Regions C and D, the responses to the questionnaire indicated that there was no coordinator or advisory committee. However, the situation in Region C changed while the study was under way.

The first step when contacting the four selected RHSSBs was to verify that the information used to make the selections had not changed. One region selected initially had to be reclassified because some of the information in the questionnaire completed by the RHSSB could not be confirmed when it was contacted. The information from women's groups and the RHSSB's respondent revealed a very unstable situation in terms of the position of status of women coordinator. For the purposes of the case studies, we wanted two regions with a status of women coordinator and two other regions without such a coordinator in the RHSSB.[15]

Individual Interviews

Officials Responsible for Planning and Consultation

In each of the four RHSSBs, individual interviews were conducted with the officials designated by the executive council as responsible for planning or consultation, or both, with respect to the 1998–2002 RSOP. In Region A, this was the assistant executive director. In two other regions (B and C), it was the communications and community relations directors, and in Region D, it was the coordinator of planning and development in the public health branch. In Region B, the communications director was joined for the interview by two officials from the regional board: one from the public health branch and one from the programs and services branch.

The interviews focused on: regional planning processes and the responsibilities of the various decision-making bodies involved; the main sources of information to support planning and the tools to monitor RSOP implementation; the public consultation mechanisms; the means used to take into account gender differences and the diversity of the population; the powers and constraints of the RHSSB in relation to MSSS and the service delivery institutions; and lastly, perceptions of the most pressing health needs of women in the region.

Status of Women Coordinators

The individuals who performed the role of status of women coordinator in RHSSBs A, B and C were also interviewed.[16] In Region D, because there was no status of women coordinator, we interviewed the director of human resources, who answered our questions relating to status of women issues.

The purpose of the interview questions was to clarify how this mandate was carried out, the position's location in the organizational structure, the perspective on gender differences in programming, the perception of the powers and constraints of the RHSSBs in the area of the status of women, communications with women's groups in the region, and the most pressing health needs of women, in the view of the person interviewed.

Community Representatives on the RHSSB Board of Directors

The opinions of women representing the community on the boards of directors of the RHSSBs for the selected regions were also collected.[17] In total, seven women members of boards of directors were interviewed.

The interviews focused on the role of the board of directors in preparing and following up on the 1998–2002 RSOP, the internal operation of the board of directors, and its relations with service partners and with the public. They also examined the mechanisms for public consultation and participation, the powers and constraints of the RHSSB, the consideration of gender differences in regional planning, and the perceptions of the main needs of women, in the opinion of the respondents.

Discussion Groups with Women's Group Workers

Discussion groups with workers from community organizations (mainly women's groups) were also organized in each of the four selected regions.

Special efforts were made to ensure that the participants in the discussion groups reflected diverse needs for health and social services, while taking into account the circumstances of the women's movement in each region. The participants, all of whom were women, were recruited from organizations selected with the help of the committee of women's groups in each region, using several lists of community organizations.[18]

The discussion focused on participants' perceptions of the primary needs of the women with whom they work, their opinions of the RHSSB's consultation mechanisms and of the consideration of gender differences by the RHSSB, and their assessment of: (1) the appropriateness of services to meet the diverse needs and living conditions of women; (2) the powers and constraints of the RHSSB in terms of services planning and programming; and (3) the outcomes of their interactions with the RHSSB.

The response rate to the invitation to participate in the discussion groups varied by region.[19] In Region A, two discussion groups were held, one with women's group workers from various communities who did not interact directly with the RHSSB, and one with members

of the status of women advisory committee. The members of this committee who participated in the discussion group were drawn from women's groups and other community organizations that did not deal exclusively with women.

In Region B, a discussion group was organized with a health committee belonging to the regional committee of women's groups, which also acts informally as the RHSSB's status of women advisory committee.

The other two RHSSBs did not have status of women advisory committees. In Region C, where the population is highly diverse in terms of cultural background, three discussion groups were held, including one with women from community organizations working with ethnocultural communities. The other two discussion groups brought together workers from women's groups, including several that deal with specific issues (the homeless, women with disabilities).

In Region D, which covers quite an extensive geographic territory, a discussion group was held with women's group workers and three individual interviews were conducted: one with the coordinator for the regional committee of women's groups, who interacts directly with the RHSSB; and two others with workers from women's groups located in a sector far from the region's administrative centre. These interviews were conducted in Region D to take into account the regional circumstances and the sub-regional characteristics that affect health needs.

A total of 30 women from community organizations were consulted. They included workers from regional committees of women's groups, women's centres, women's health centres, shelters for women who are victims of spousal violence, centres for assistance and advocacy against sexual assault, a women's mental health residential facility, women's education and social action associations, a women with disabilities group, a resource for homeless women, organizations working with ethnocultural communities, a volunteer service, a food bank, and a family support organization. All of the women consulted worked in these organizations as either employees or volunteers.

Data Analysis

Case studies, which allow an in-depth examination of a larger organization or social unit, were used to understand certain features of integrating status of women issues in the RSOPs (Yin, 1989; Patton, 1990; Marshall and Rossman, 1995; Fortin, 1996). The region selected is the analysis unit (context and environment in which an RHSSB is situated) and the RHSSB in question is a sub-unit analyzed to identify what promotes or impedes the development of health and social services programs that respond to the specific needs of women and contribute to reducing gender inequalities. More specifically, we analyzed the planning and consultation procedures established to develop each of the RSOPs, and the attention given to the needs of women. Lastly, we also took time to examine the modes of interaction of the RHSSB of each of the selected regions with community and feminist organizations, and with regional coalitions of women's groups in particular.

A descriptive-comparative analysis of each of the selected units made it possible to:

1) contrast intra-regional dynamics;
2) identify indices for understanding the differences observed in the planning and programming of services within the RHSSBs examined, and in their interactions with women's groups;
3) examine the similarities and differences in the procedures adopted in each of the RHSSBs to take the concerns of women's groups into account in RSOP planning and follow-up, and
4) make recommendations on the strategies for fostering gender equality in regional health and social services planning.

The procedure followed was to transcribe all of the interviews and discussion groups by copying the interview tapes word for word. Coding grids were then used to compare data collected from different respondents on the same theme. The *Atlas-Ti* (2000) software was used to identify units of meaning relating to similarities or differences of opinion on specific themes between respondents from the same region, taking into account the status and affiliation of the respondents.

In addition to this analysis, we undertook a systematic examination of the RSOPs developed by the boards, and of various documents obtained during the interviews and discussion groups in the four selected regions. These documents contained information on the indicators for monitoring regional planning, the specific measures for responding to women's circumstances in the implementation of health and social services, or the activities of the status of women advisory committee.

Lastly, since we knew that the case study method does not provide for generalization of the findings to other populations or situations (Fortin, 1996), a number of themes and recommendations that emerged from the analysis of the four units and sub-units were compared with data obtained from an additional interview with a key respondent in a fifth region.[20] The RHSSB in this region was conducting regional consultations on women's health at the time of our study in order to develop a specific action plan. Case study methods offer significant advantages; in particular, they make it possible to gather a wealth of detailed information on specific situations, which can be used to formulate potential recommendations.

Table 2: Interviews and Discussion Groups

Regions	Data Collection Mode	Persons Questioned
Region A Homogeneous region Major urban centre Vast rural area	Individual interview	RHSSB's assistant executive director
	Discussion group	4 women's group workers
	Discussion group	4 members of the status of women advisory committee
	Individual interview	RHSSB's status of women coordinator
	Discussion group*	2 members of the BoD of the RHSSB representing community organizations
Region B Resource region 5 mid-sized urban centres Vast territory located far from major centres	Discussion group*	Community relations officer, a manager from the public health branch and a manager from the programs and services branch of the RHSSB
	Discussion group	6 members of the health committee of the coalition of women's groups
	Individual interview	RHSSB's status of women coordinator
	Individual interviews	2 members of the BoD of the RHSSB representing community organizations
Region C Major urban centre Diverse population Concentration of specialized health services	Individual interview	Manager from the community relations department of the RHSSB
	Discussion groups	2 discussion groups with women's group workers (5 women) 1 discussion group with workers from groups working with cultural communities (4 women)
	Individual interview	RHSSB's status of women coordinator
	Individual interviews	2 members of the BoD of the RHSSB representing community organizations
Region D Located in an urban belt of a major centre Fast-growing and relatively diverse population Vast rural area	Individual interview	Planning coordinator in the public health branch of the RHSSB
	Discussion group	4 women's group workers
	Individual interviews	Coordinator of the region's committee of women's groups 2 women's group workers located in an area far from the region's administrative centre
	Individual interview	1 member of the BoD of the RHSSB representing community organizations
	Individual interview	Director of human resources for the RHSSB

Note:

* The participants wanted to be interviewed together but the guide for individual interviews was used.

4. FINDINGS

Commitments Included in the 1998–2002 RSOPs Relating to Status of Women Issues

To some degree, the RSOPs represent the strategic planning of the RHSSBs and reflect their priorities for action and for the allocation of resources over the period in question. A review of the 1998–2002 RSOPs provides an initial indication of whether women's needs and circumstances have been taken into account and what measures are planned to address them. Our study is based on an analysis of the RSOPs of 16 of the 18 RHSSBs in Quebec, and on the analyses of a representative of the Conseil du statut de la femme du Québec that was presented to the research steering committee.

From the outset, it is clear that the 1998–2002 RSOPs are structured to reflect the action priorities announced in the Policy on Health and Well-Being (PHWB) (Quebec, 1992). This policy suggests that health and social services be organized into five major areas of activity: social adaptation, physical health, public health, mental health and social integration. It sets objectives to be achieved with respect to 19 issues related to each of these areas. For activities of the health system, the PHWB provides an organizational and management framework that guides resource allocation and all regional planning in Quebec.

The Policy recommends that vulnerable groups be targeted and that intervention focus on the determinants of health and well-being: biological factors; lifestyle and behaviour; communities and the social environment; the physical environment; living conditions; and the system of services. The Policy calls for five major strategies: helping to strengthen individual potential; supporting communities and creating healthy environments; improving living conditions; acting for and with vulnerable groups; aligning public policies and actions to promote health and well-being; and pointing the health and social services system toward the most effective and least costly solutions.

The Policy declares, "Women generally experience worse health than men . . . if we look at overall health. This statement applies to all age groups with the exception of those under 15 years, and to all socio-economic groups" [Translation] (Quebec, MSSS, 1992, p. 20). Also, in the strategy for creating healthy and safe environments, the PHWB notes the importance of fostering greater equity in social relations between men and women. In this regard, it can be seen as avant garde since at the time of its publication in 1992, no health policy in Canada or in most industrialized countries recognized the effects on health of the social division of gender roles.

However, the RSOPs are organized first and foremost by service continuums based on the management framework, [21] thereby reducing the scope of strategies focused primarily on factors that generally are not addressed by the health system. This approach has been criticized by various feminist networks and gave rise to the following comment from the Conseil du statut de la femme du Québec: "The Policy [on Health and Well-Being] is simply a continuation of previous policies of the Ministère [de la Santé et des Services sociaux] in terms of its failure to translate the specific needs of women into major orientations and

action plans. This failure has significant consequences given that the Policy is the government's instrument panel for the next 10 years" [Translation] (Quebec, CSF, 1995b, p. 9).

With regard to women's health, the strategy to respond to the specific needs of women has taken the form of specific policies and action plans on spousal and sexual abuse, planned parenthood and perinatal care. However, integration of these policies into the RSOPs remains limited; in some aspects of the range of services, gender differences are often obscured. Let us use the example of elderly women living alone, who may not be able to maintain their independence and have little social integration: they are identified as a vulnerable group in the PHWB but not one of the regional plans examined explicitly recognizes the growing preponderance of women among the elderly, even though the feminization of ageing is a phenomenon mentioned in the PHWB (Quebec, 1992, p. 120). The few references to the specific needs of senior women are found outside the continuum of services for seniors, in sections dealing with alcoholism and drug abuse or mental health, with reference to the problems of over-medication. Only one RHSSB, in Lanaudière, explicitly mentions in its 1998–2002 RSOP the problems of violence and abuse suffered by senior women. This lack of acknowledgement undermines the development of an integrated approach to services that takes into account the specific needs of senior women.

Again in the continuum of services for seniors, the majority of 1998–2002 RSOPs overlook the contribution of women to the care of family members, mentioned in the PHWB (Quebec, 1992, p. 150), and consequently the effects on female caregivers of the transfer of responsibilities from health institutions to home care. Only four of 16 RHSSBs (in Québec, Mauricie-Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue and Bas-Saint-Laurent) explicitly acknowledge the risk of burnout among female caregivers and plan to adopt measures to lighten their burden.

In the continuum of physical health services, the 1998–2002 RSOPs do not take into consideration the differing reproductive roles of men and women (planned parenthood, obstetrics and perinatal care) or the particular problems associated with physical characteristics, notably breast and uterine cancer. In other areas of physical health, such as cardiovascular disease or analysis of carcinogenic factors, no consideration is given to gender differences even though documents have been produced showing that failure to consider gender differences affects clinical research and consequently the relevance of diagnostics and treatment (Stewart, 1996a, b; Messing, 1998).

In the continuum of mental health services, four of 16 RSOPs—those of the RHSSBs of Québec, Laval, Lanaudière and Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine—use the PHWB analysis of the prevalence of psychological distress in the female population. The Québec RHSSB recommends promoting access to mental health services in Local Community Service Centres (LCSCs) for women living in at-risk situations and those who are victims of violence. The Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine RHSSB plans training activities for network staff to encourage them to adapt services to the specific needs of women. The Abitibi-Témiscamingue RHSSB focuses on identifying situations at risk for mental health problems by targeting persons living in extreme poverty, single or isolated mothers, and women caring for a sick person. The regional board calls for support for mutual aid groups working with these individuals. In all

of the other RHSSBs, the 1998–2002 RSOPs focus mainly on services to populations that have serious and persistent problems, without any indication that temporary mental health problems are prevalent in the female population (Quebec, MSSS, 1996, 1997b).

In the children-family-youth continuum, five of 16 RSOPs—those of the Bas-Saint-Laurent, Estrie, Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine and Laval RHSSBs—refer to the integrated perinatal care program. In all of the RSOPs, the approach focuses on vulnerable clients with the goal of reducing fetal or child health risks (teen pregnancies, young mothers at risk). Only the Lanaudière RHSSB explicitly mentions the objective of establishing egalitarian relations between boys and girls, as recommended by the PHWB (Quebec, 1992, p. 151).

Only the Québec, Mauricie-Centre-du-Québec and Laval RHSSBs make explicit reference in their RSOPs to the *Politique d'intervention en matière de violence conjugale* (Quebec, MSSS, 1995a) adopted in 1995. However, action on spousal violence under this policy is addressed in all of the RSOPs, and the regions have spousal and sexual abuse committees to coordinate regional action by the various partners in matters related to violence against women. On the other hand, some RSOPs look more to the *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002* (Quebec, MSSS, 1997a) and refer to the issue of violence against women in sections dealing with "intentional and non-intentional trauma" or with "violence against persons." This approach tends to obscure the impact of inequitable social relations between the sexes and the fact that the victims of spousal violence causing trauma and injury are mostly women.

Six of 16 RHSSBs—those of Québec, Mauricie-Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Laurentides and Lanaudière—included a specific section on the status of women in their RSOPs. Three of them acknowledge the difficulty and challenge involved in integrating GBA and creating services that reflect the specific needs of women in all of the service continuums. Among these RHSSBs, Québec's has set the goal of developing a women's health action plan. The Abitibi-Témiscamingue RHSSB makes the same type of commitment, but sets as an initial step the preparation of a profile of the health and living conditions of women in its territory. The Mauricie-Centre-du-Québec RHSSB focuses on support for the status of women advisory committee and on the gradual incorporation of GBA into planning development. Similar measures are included in the RSOPs of the Lanaudière, Laurentides and Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine RHSSBs.

In all of the RSOPs examined, services are directed almost exclusively to the most vulnerable segments of the population, which is in keeping with the orientations of the PHWB. In terms of women's health, this strategy has an impact on such specific policies as the *Politique en périnatalité* (Quebec, MSSS, 1993) or the *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances* (Quebec, MSSS, 1995b), which address the needs of all Quebec women.[22] Our review also revealed that there are virtually no specific references to elements of the *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et condition de vie des femmes* of MSSS (Quebec, 1998), which appeared prior to the 1998–2002 regional planning period.

As for ethnocultural diversity, six RHSSBs in urban environments (Montréal, Québec, Montérégie, Laval, Laurentides and Outaouais) set out a general orientation referring to a

regional services access plan for cultural communities, without any special strategy for the women in these communities.

In the RHSSBs that participated in the data collection, the specific needs of the Aboriginal population were often not addressed in the RSOP.[23] The Montérégie RHSSB targets the problems of diabetes, cancer and drug abuse in its orientations addressing the specific needs of the Aboriginal population in its territory. The Abitibi-Témiscamingue RHSSB mentions suicides among Aboriginals in the region but without any gender-based analysis and without identifying a specific strategy for combatting this severe problem in the Aboriginal population. The various RSOPs examined do not really address the problems of poverty, violence and sexual abuse that afflict the Aboriginal population.

Overall, the analysis of the RSOPs reveals that there is poor integration of a perspective that considers gender differences. Not one of the RSOPs presents ongoing, consistent gender-based health and social services data. The RSOPs give little attention to the social determinants that give rise to gender inequalities. The dominant epidemiological approach gives priority to actions that target vulnerable individuals, designated as "at-risk" clientele, rather than putting in place measures to address issues affecting the population as a whole, including the health of women. When the specific needs of women are taken into account, it is often from a simplistic perspective, focusing on their reproductive function, and the planned activities are limited. The RHSSBs do not have true indicators for evaluating the impact of the shift to ambulatory care on women's living conditions. Moreover, the RSOPs analyzed have little in common with the sectoral policies on women's health developed in the 1990s.

However, the commitments of six RHSSBs that developed specific orientations on the status of women provide a foundation for fostering services to meet the specific needs of the female population. The question is whether such commitments reflect different practices in terms of the integration of gender equality concerns in regional planning and programming activities. Part of the answer can be found in the organizational structures put in place by the RHSSBs to monitor status of women issues.

Organizational Structure of the RHSSBs with Respect to Status of Women Issues

The data gathered in the questionnaire completed by the 16 RHSSBs throw light on the position of status of women coordinators and status of women advisory committees in their organizational structure. The results are presented in table form in Appendix C. However, as was mentioned in the study's methodology section, the data should be interpreted with caution.

With regard to the place of status of women issues in the organizational structure of the RHSSBs, analysis of data from the questionnaire indicates some instability in the resources allocated to this portfolio. Eleven of 16 RHSSBs indicated that they have a staff coordinator for status of women issues but in some cases they noted that the incumbent changed often. Four of the RHSSBs had established this position in the early 1980s and seven others

indicated that the position was established in the 1990s; this is especially true of the RHSSBs that came into existence as a result of the subdivision of areas covered by the defunct RHSSCs. Five RHSSBs reported that they did not have a status of women coordinator at the time they completed the questionnaire; these were the regional boards for Côte-Nord, Baie-James (Nord-du-Québec), Saguenay-Lac-Saint-Jean, Laval and Montréal-Centre. The Montréal-Centre, Saguenay-Lac-Saint-Jean and Baie-James RHSSBs reported that they had previously had a status of women coordinator but that the position had been discontinued. The Montréal-Centre RHSSB indicated that there was corporate-wide responsibility for status of women issues and that the coordinator of the violence against women file routes requests to the appropriate individuals in the sectors concerned.

Of the status of women coordinators in the 11 RHSSBs, most (seven) report to a branch responsible for services programming and organization, the actual designation of the unit varying depending on the RHSSB. The position is within the public health branch in the Montérégie and Abitibi-Temiscamingue boards. In the Mauricie-Centre-du-Québec and Outaouais RHSSBs, the status of women coordinator reports to the executive council.

Based on the data from the questionnaire, the time spent by the coordinator specifically on status of women issues varies widely. Most often, this portfolio is combined with implementation of the spousal violence policy and sometimes includes follow-up on sexual assault orientations. In some cases, it is combined with less closely related files and the status of women coordinators are responsible for a wide variety of programs, such as alcoholism and drug abuse, mental health or suicide, child abuse and neglect, senior services and home support, and access to services in English. This conglomeration of files may explain why in three of the 11 RHSSBs—in Bas-Saint-Laurent, Chaudière-Appalaches and Montérégie—the coordinator spends less than 10 per cent of her time on status of women issues. The proportion of time varies from 20 per cent to 50 per cent in four of the 11 RHSSBs (Québec, Outaouais, Abitibi-Témiscamingue and Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine), and it exceeds 50 per cent in the Lanaudière RHSSB. One RHSSB—that of Mauricie-Centre du Québec—reported that the status of women coordinator devotes all of her time to this portfolio. The Estrie and Laurentides RHSSBs did not answer this question.

Many (12) of the 16 RHSSBs have a status of women advisory committee. In the vast majority of cases (nine out of 12), these committees have been in existence since the mid-1980s; in some regions they were created at the request of women's groups. They have between eight and 15 members representing women's organizations and health and social services institutions in the region, who are appointed by the RHSSB in consultation with the community. In three of the 12 regions, however—Abitibi-Témiscamingue, Chaudière-Appalache and Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine—the committee is more like a regional grouping of women's organizations invited to provide advice to the RHSSB. Four regional boards responded that they do not have a status of women advisory committee: Montréal-Centre, Montérégie, Côte-Nord and Baie-James (Nord-du-Québec).

Overall, the information on the status of women coordinator position corroborates the data compiled by the Conseil du statut de la femme du Québec in April 1995, indicating little change over the past six years. Nine RHSSBs that already had a status of women coordinator

have retained this position. There have been changes in some RHSSBs, with the Mauricie-Centre-du-Québec and Lanaudière RHSSBs creating such a position and the Montréal-Centre, Côte-Nord and Baie-James RHSSBs discontinuing it in the time between the two surveys. The 1995 CSF survey stated, "The most significant changes were noted in the authority attached to this mandate and the related intervention practices. In most regions, the status of women mandate now falls under the responsibility of a branch that handles a variety of files" [Translation] (Quebec, CSF, 1995b, p. 7). The CSF concluded from this that there was "a decrease in the importance of the status of women portfolio in the regional health and social services boards in terms of allocated time/personnel . . . administrative level . . . and division of the mandate" [Translation] (Quebec, CSF, 1995b, p. 8).

If there have been developments since 1995, they have been in the number of status of women advisory committees, rising from five in 1995 to 12 in 2000, when data were collected for this study.[24] The main reason for the increase is that most (five out of six) of the RHSSBs created by the division of the health and social services regions after the passage of the 1991 legislation formed their own advisory committees.[25] The information provided by representatives of the regional committees of women's groups as follow-up to our survey indicates that these new RHSSBs chose this method to respond to demands from women's groups in certain regions.

The information collected on regional consultation procedures for the 1998–2002 RSOPs is not sufficient to establish a link between the number of means used by the regional boards to consult the population on the plans and the participation of women's groups in these consultations. Several of the briefs from women's groups were prepared and presented by cross-sectoral networks (e.g. regional committees of women's groups) or by sectoral networks representing organizations working in the same field (e.g. shelters for abused women or centres to combat sexual assault).

Case Studies in Four Regions of Quebec

For each of the four regions selected for the case studies, we analyzed the contents of the discussion groups and the interviews with women members of the boards of directors, managers and staff of the RHSSBs. Our purpose was to contrast intra-regional dynamics and to identify indices for understanding the observed differences in the RSOPs. We also sought to understand relations between the RHSSBs and the regional coalition of women's groups in terms of the implementation of programs and services responding to the specific needs of women. For each of the four regions, the results are presented by theme: concerns of the women consulted, the procedure for developing the RSOP and the RHSSB's organizational structures relating to the status of women, as well as the interactions between the regional board and the region's women's groups.

The assessment of relations between women's groups and the RHSSBs and the responses to the various needs of women in the four selected regions is based mainly on the perceptions of practitioners from organizations working with women in each region. To help us understand their concerns in the context of the organization in which they are active, we

asked participants in the discussion groups to complete a short questionnaire in advance, which would allow us to develop a profile of the organizations to which they belong.

Profile of Organizations to which Discussion Group Participants Belong

The participants in the discussion groups and those who granted individual interviews completed a short questionnaire (see Appendix D) that enabled us to draw up a profile of the organization to which they belong. The answers to these questionnaires were processed using SPSS software.

In terms of the organizations' fields of activity, categories were established after the meetings to sort the data collected from an open question in the questionnaire completed by the participants (see Table 3). These organizations work in the status of women field in general (notably through regional committees of women's groups); in the areas of spousal or sexual violence, or both; in physical or mental health, or both; some work more specifically with immigrant populations or marginalized women, or in sectors of activity that do not solely concern women (family response team, food bank, volunteer service).

Table 3: Areas of Activity of Community Groups to which Discussion Group Participants Belong

Area of Activity	Region A	Region B	Region C	Region D	TOTAL
Status of women in general	2	2	1	3	8
Spousal or sexual violence, or both	2	4	2	2	10
Physical or mental health, or both	1		1	1	3
Marginalized women			2		2
Immigrant population			3	1	4
Other (family, volunteers, etc.)	3				3
Total by region	8	6	9	7	30

Of these 30 organizations, most (21) have existed for 10 to 25 years. Of the organizations that have been in existence for more than 25 years, four deal with status of women issues in general. The five organizations that have existed for under 10 years are found in the less urbanized regions, except for one organization that works with marginalized women in an urban area.

Among the organizations represented, some eight have a total annual budget of $250,000 or more; they include four working to combat violence against women, two women's health centres, a women's mental health residential centre and an organization active in several areas related to the status of women. With the exception of the health centres, all of the organizations that receive this higher level of funding offer accommodation. Of the nine organizations operating with a budget of from $100,000 to $250,000, most also offer accommodation services; they include four centres for women and children who are victims of violence, a women's centre equipped with a crisis centre, and an organization that serves homeless women. This category also includes a centre working to combat sexual assault, a service working with the immigrant population and a food bank service. The seven organizations with incomes of $60,000 to $100,000 include four working in the area of

status of women in general, one working with the immigrant population and two working in other areas of activity. The four organizations with annual budgets below $60,000 are found mainly in urban areas and work with immigrant populations or disabled or homeless women. Two participants did not provide information on the level of funding of their organizations.

In the questionnaire used to prepare the profile of the organizations and the women that they serve, the results on the socio-demographic characteristics of the women served must be interpreted with caution. The analysis revealed that the meaning of the term "women served" could be interpreted quite differently from respondent to respondent. For example, for an AFÉAS representative,[26] this term included all women in the region possibly affected by the association's activities. For a respondent from a residential facility, the term "women served" referred solely to women sheltered during a given year. However, based on the information collected, we can say that in the vast majority of cases the women served are aged from 25 to 50, and of low income. Most of the organizations (22) serve Francophone women; exceptions are the four groups working specifically with the immigrant population. In addition to Francophone women, however, 11 organizations serve Anglophone women, nine serve immigrant women and three serve Aboriginal women.

Moreover, a majority of the organizations (70 per cent) are involved in activities with the RHSSB, and this applies to all of the regions selected for the case studies. These contacts are sometimes regular (44 per cent of cases) and sometimes occasional (52 per cent of cases). The most common activities conducted with the RHSSB are joint board-community committees, and training activities or participation in conferences. The perception of the participants as to the quality of the collaboration with the RHSSBs varies from region to region. It is clearly positive in Region A, while reports were less positive in Region B. Opinions were mixed in Regions C and D. The responses to the questionnaire administered prior to the interviews agree with the content of the discussions analyzed later on.

A large number of the community organizations (70 per cent) to which study participants belong were involved in the 1998–2002 RSOP consultations in their regions. In interpreting this result, it must be pointed out that some of the organizations were represented in the consultations through a regional sector committee—notably, organizations working in the area of spousal and sexual violence. Region C stood out for the small number of women's groups involved in the RSOP consultations, and this is reflected in the responses of participants in this region's discussion groups. This finding may be a sign of weaker identification with the region in a major urban centre and less structured interactions between the RHSSB and women's groups in the region.

Region A

Concerns of the Women Consulted

Francophones form the vast majority of the population of this region; Anglophones account for less than 2 per cent and the few Aboriginal communities make up the rest. The region includes an urban centre with more than 100,000 inhabitants and five regional centres around medium-sized towns, with the majority of the territory being rural.

The main concerns of participants in the discussion groups were women's poverty and isolation. Lack of means of transportation was also mentioned as a factor that increases the isolation and dependence of the female population and restricts access to health and social services, as well as to mutual aid and support groups. However, the shortage of physicians ranked first among the concerns expressed with regard to access to health services. Mention was made, for example, of the lack of obstetrical services, which forces women to leave their families and even the region to give birth. According to several participants, service quality is affected by sexist bias in the practices of certain physicians. Of particular concern were the lack of attention given to women's living conditions and the tendency to prescribe anti-anxiety medication for them more often than for men. Shortcomings of the LCSCs as entry points to the health and social services network are also a source of dissatisfaction, but the recent development of the LCSC Info-Health telephone service was mentioned as improving access to health advice for women who are generally responsible for giving care to family members.[27]

The RSOP for Region A

In its consultations on the RSOP, the RHSSB used several means to encourage the population to express its needs. Notably, it sent a questionnaire to all institutions and community groups in the region, it received briefs, and it held public hearings and cross-sectoral consultations organized by the LCSCs with various partners in their territory. The RHSSB also used working sessions with various user committees as forums for discussion. The various coalitions and associations of women in the region actively participated by submitting approximately 20 of a total of 120 briefs. This planning approach was seen as relatively open and transparent by the women's group representatives whom we consulted, which was not the case with other consultations conducted in the region.[28]

In addition, women members of the RHSSB's board of directors pointed out that the board was closely involved in the entire consultation process and had requested changes to respond more effectively to the public's expectations. In their view, despite sometimes heated debates, the board of directors' work reflects relationships of trust between its members, and features regular discussions in plenary session, openness to the participation of the public in public sessions, and easy access to the RHSSB's president and executive council.

The 1999–2002 RSOP for this RHSSB includes a section on the health, well-being and living conditions of women. In it the regional board undertakes to "increase its efforts to ensure that the services offered respond to the specific needs of women" [Translation] by adopting nine measures that align, for the most part, with the major strands of the government's status of women action program: gender-based analysis; combatting spousal violence and sexual assault; planned parenthood; combatting breast cancer; preventing an increase in the burden on caregivers; midwife services; creating a birthing centre; and support for the status of women advisory committee. These commitments are largely the result of the involvement of the region's women's groups:

> *At the time there were a lot of consultations relating to women. Initially, what they wanted, it was not certain they wanted to put us in a section. . . . But finally we decided to have [a section] on the health, well-being and living*

> *conditions of women. . . . We were concerned about being so spread out that they would succeed in completely watering down what we had.* [Translation] (member of the advisory committee)

Status of Women Advisory Committee

In this region, the RHSSB's status of women advisory committee is one of two standing committees reporting to the executive council; the other is the committee for access to services in English, established by provincial statute. The assistant executive director must see to the smooth operation of the advisory committee, provide it with necessary support and ensure that it is consulted on major issues relating to the appropriateness of services to meet the specific needs of women.

The operation of the status of women advisory committee and its position in the structure of the RHSSB has varied:

> *In the beginning . . . we were part of the social health [sector]. . . . That did not work very well. . . . Then we said that it would be much better if we reported to the executive council because if things did not work out, that was where we had to report it. . . . This request was accepted by the board of directors. We were successful, it has been two years now.* [Translation] (member of the board of directors)

This repositioning was an opportunity to clarify the role of the advisory committee, to set its rules of operation (by-laws and regulations) and to diversify its membership to include cross-sectoral representation. The members of the advisory committee are appointed for a three-year term by the RHSSB's executive council, from a pool of nominees proposed by partner organizations, taking into account individual expertise and representation from the various geographic sectors of the region. The committee has five members from institutions, five members from women's groups or community organizations working specifically with women, two members from organizations involved in sectors other than health and social services but whose activities affect women's living conditions, and two co-opted members who can provide additional expertise to the committee. The co-opted members are recommended jointly by the RHSSB and the other members of the advisory committee. The committee meets at least six times a year; recommendations are passed on a consensus basis or if necessary, by simple majority vote.

The RHSSB officials stress the committee's advisory role by pointing out that it is not a forum for negotiation or representation, and that the members are appointed for their expertise relating to the specific needs of women. This opinion is shared by the members of the advisory committee, who believe that their role is "to provide advice on orientations and the consequences for women" [Translation]. They view as a victory the RHSSB's openness to them and the fact that the "advisory committee is practically an institution within the regional board" [Translation]:

> *We are one of the only regional boards where the status of women advisory committee has regular meetings. And we also have some power. To my*

> *knowledge . . . every decision that comes along, such as organizational plans, whatever comes to the board of directors—always as part of the process, you often have the regional medical commission and the status of women advisory committee. We are always among the people asked to give their opinions.* [Translation] (member of the advisory committee)

The advisory committee is well known to the members of the RHSSB's board of directors, who welcome its advice. One woman who sits on the board of directors even maintains, "It is easier to exert influence through the advisory committee because we select the files and we push them" [Translation].

The advisory committee's credibility also stems from the work of the status of women coordinator, who visited the various departments of the RHSSB to explain the committee's restructuring, clarify its role and remove the vindictive image that had been attributed to it prior to these changes: "Portfolio coordinators did not want to come to the committee for fear of getting into a wrangle. We were always expected to react." [Translation] (member of the board of directors)

The advisory committee sets its own priorities each year based on the measures announced in the RSOP and the issues being addressed in the health and social services network, as well as the issues on which it may have some influence with regard to women's health and living conditions. In this way, the measures formally included in the RSOP are supplemented by anti-poverty efforts, mental health orientations, and the issue of women and drug abuse.

The Status of Women Coordinator

Between the advisory committee and the officers responsible for a specific file in the RHSSB's various departments, the status of women coordinator acts as a liaison on the programming aspects that affect the health and living conditions of women. When necessary, this liaison work is done in collaboration with the assistant executive director or the manager of the unit to which she is attached:

> *She acts as an interface . . . between the regional board and the committee. She is not a member of the committee; she is a representative of the regional board who liaises with the committee. It is her responsibility to inform the advisory committee of current files, to make contact with the various departments to ensure that orientations affecting the different components take into account the status of women. . . . She functions as an interface with all of the departments to build bridges and to ensure that the departments concerned come to discuss matters with the status of women advisory committee, and she herself also brings women's concerns to the committee if they are not raised by other officers.* [Translation] (RHSSB manager)

On occasion, this coordinator may be asked to present the work of the advisory committee to the strategic policy committee, which consists of representatives of the various departments in

the RHSSB; she may be accompanied to such meetings by members of the advisory committee, if required. She also looks after coordination of files relating to the practice of midwives and actions to combat violence against women that fall into the "social health sector." In addition, she represents the RHSSB on various regional status of women cross-sectoral organizations (Regional Administrative Conference, Conseil régional de développement, consultations of the Conseil du statut de la femme). Joint cross-sectoral activities are useful but limited resources mean that the coordinator does not always have the time to go into these matters in the desired depth: "She would need an assistant" [Translation], one of the members of the advisory committee commented.

Interactions between women's groups and the RHSSB

Overall, the assessment of the interactions between the RHSSB and women's groups is quite positive—both among members of the advisory committee, who believe that "having an advisory committee opens doors, is beginning to create a climate conducive to collaboration" [Translation], and among women's groups, who are not directly involved in interactions with the RHSSB: "Relations over the past two years with the regional board have been good. I mean that they are listening" [Translation].

According to several of the people consulted, the position of the advisory committee in the RHSSB's organizational structure confirms its credibility:

> *The main asset is having it associated with the executive council. That sends a clear message about its importance. . . . It also makes it easier to resolve issues that may still arise within our own organization in view of the importance, the seriousness, the follow-up to be given to files related to the status of women.* [Translation] (RHSSB manager)

Even when advice from the advisory committee is accepted by management or by those in charge of the RHSSB's programs, the members of the advisory committee must still ensure follow-up:

> *There are two reactions from the board: one that is official and seems positive, that says yes, except that nothing happens. Afterward, those of us on the advisory committee, we have to apply pressure, again return to the attack so that things start moving. It's a slow process. We still have to follow it through the channels, to have special agreements.* [Translation] (member of the advisory committee)

The advisory committee operates effectively because there is a common understanding of its role. Other factors noted as contributing to its success are the creation of a common language, resource support (although limited) allocated by the RHSSB, and the definition of clear targets leading to concrete results:

> *Another thing that is very important is to properly clarify the targets, the issues on which you will work, because it is important that people feel that they are being effective. . . . If you get together to talk about disparities*

> *related to women without really having any specific goal, it's a bit discouraging. . . . So we set priorities.* [Translation] (RHSSB officer)

Our respondents also pointed out the importance of using the levers in the RSOPs and in the government's health, well-being and status of women policies as tools to move matters forward: "Not everything is in the plan. . . . We also use provincial measures depending on the issues" [Translation].

Among the difficulties encountered, it is important not to overlook the limited financial resources of women's groups, given the contribution they are required to make to the work of the advisory committee, even though travel expenses and meals are covered:

> *When someone leaves to take part in consultations, someone else has to replace her. We are not on an equal footing, which means it is not an equitable partnership.* [Translation] (women's group worker)

According to the opinions provided, the position of the status of women coordinator in the RHSSB can become a delicate one if she is not well supported by management and if she does not have a clear understanding of her role. The role requires someone who has an interest in the issues addressed by the advisory committee and who still keeps the distance appropriate to an intermediary between the committee and the RHSSB:

> *We still have some way to go in terms of considering the situation of women, how to intervene and gendered analysis. The advisory committee requires us to be vigilant. It is an important additional benefit.* [Translation] (RHSSB manager)

Moreover, the women's movement in this region is focused on the challenges associated with considering women's specific needs in regional health and social services planning. Despite limitations, some women's group workers see concrete results from this joint effort in terms of recognition and funding for some services for women. But they point out that progress is slow and requires persistence and perseverance by the women involved.

The adoption in June 2001 of Bill 28, which amended the governance of the health and social services system in Quebec, worries the members of the advisory committee because it alters the composition and appointment process of the board of directors and the executive council of the RHSSB: these appointments are now to be made directly by the Ministre de la Santé et des Services sociaux:

> *At present, there is a sort of energy-sapping uncertainty. It's a bit destabilizing because we don't know whether it's a provincial or regional [responsibility]. I no longer feel as though anything is happening here in the region, that there is any power. Budgets are simply handed down to the board. The board has an administrative role, not a decision-making one. . . . It's hard to believe that they have any real influence at this time in terms of women's issues.* [Translation] (advisory committee member)

These legislative changes are taken into account in the recommendations presented later in our report.

Highlights
Relations between women's groups and the RHSSB in Region A are characterized by:

- an active and recognized status of women advisory committee;
- co-operation with community representatives, who provide continuity within the board of directors;
- the position of the status of women coordinator in the RHSSB's organizational structure and management's support, which together enable her to exercise some influence over programming; and
- the work of this coordinator to strengthen the advisory committee and to make RHSSB officers aware of the gender-based approach.

These characteristics make it easier to follow up on the commitments in the RSOP and to ensure consideration of the concerns of women's groups when implementing health and social services.

Region B
Concerns of the Women Consulted
This vast region far from major urban centres is a resource-producing area. The population is grouped in regional county municipalities (RCMs), an arrangement that defines the regional dynamics and is reflected in the organization of the public health and social services network. For the RHSSB, "All of the basic services and most of the specialized services must be accessible in each of the RCMs" [Translation]; this means that there are health institutions in most of the RCMs with combined missions (general hospital, LCSC, residential and extended care centre).

Francophones make up the vast majority of the region's population, the proportion of Anglophones being under 5 per cent. The population includes one of the highest proportions of Aboriginal persons in Quebec. All health and social services in the region need to be adapted to meet the specific needs of Aboriginal women.[29]

> *The board, women's groups and institutions are not too sure whether they should work [with the Aboriginals]. When we think we should, we do not really know how. They are increasingly taking charge of their own services, which means the hesitation is even greater.* [Translation] (regional board officer)

Women's poverty and spousal violence were among the key concerns expressed by the women interviewed. Also seen as important is training in non-traditional sectors to promote women's access to the labour market and, consequently, their financial independence. Access to medical services is very difficult because of the shortage of physicians in the region; waiting times are so long that many people have given up seeing a family physician.

Another concern is the long distance to be travelled and the lack of public transportation services; these add to the isolation and vulnerability of women, especially those with disabilities, who have no choice but to rely on volunteers to get around. Our respondents told us that waiting lists for social or psychological services at the LCSC are long, and that people who have individual or group insurance coverage use professionals in private practice to circumvent the lack of public services.

As a result of financial cutbacks in the public system, community organizations are increasingly called upon to handle complex problems—a phenomenon that is of concern to women's groups:

> *Women have few choices. The community centre is no longer an option because of the memorandums of understanding. The LCSCs want to reduce their waiting lists; they have quotas to meet and would like to turn us into intermediary groups.* [Translation] (member of the health committee of the regional coalition of women's groups)

In these circumstances, relations between women's groups and the public health and social services network are strained.

The RSOP for Region B

The process of preparing the RHSSB's 1998–2002 RSOP was highly unsatisfactory to the women consulted because there was very limited consultation:

> *A report was prepared [by the RHSSB], verified and submitted to people in [one-day] workshops. Everyone was grouped by program or by portfolio. There was no separate meeting on the status of women: it was included as part of public health.* [Translation] (RHSSB officer)

One woman active in the region's women's coalition explained the pressure it exerted on the RHSSB to ensure that the coalition could participate in the consultations:

> *The consultation . . . what a farce! If we had not acted, we would not have been consulted. [The regional board] had not planned any consultations. The community groups, including the committee [of women's groups] said: "We have to be in the plan." That was when they [the regional board] quickly organized consultations, but it was hard to get documents. The consultations were by program. Since we did not have a program [for women], we were spread throughout all the programs. . . . There were no public hearings to receive briefs. So we sent it [the brief from the women's groups] to all members of the BoD and asked that it be discussed by the BoD.* [Translation] (member of the health committee of the regional women's coalition)

The addition of a section on the status of women to the 1998–2002 RSOP was therefore seen by some respondents as a compromise by the women's groups who had been asking for a specific "women's" program since 1996. Others felt that having a section on the status of

women in the RSOP was "an asset, especially since the regional board indicated that it needed a full-time resource person to carry it out" [Translation].

In fact, the 1998–2002 RSOP reiterated the previous plan's commitments on the status of women and called for the development of a regional profile, followed by an action plan to adapt services to the needs of women. The women consulted are worried about the length of time this process is taking:

> *The status of women plan was supposed to be prepared under the first transformation plan in 1997, but it never was. For three years, all there has been is a table of contents. We seem to be getting no further. It may still be on the drawing board.* [Translation] (member of the health committee of the regional coalition of women's groups)

In the RSOP, the RHSSB blames the situation on a lack of resources and indicates that adding a new full-time resource person will be necessary to follow through on the goals set out in the RSOP regarding the status of women; this requires recurring funding of $70,000 from MSSS.

The Status of Women Coordinator

Several respondents mentioned that there is no member of the RHSSB staff whose primary concern is the status of women. In the program department, one officer spends about one day a week on the violence against women file. Another officer attached to public health is responsible for developing the regional profile and the status of women action plan. However, most of her time is spent on the suicide prevention portfolio, so she does not have much time to prepare the status of women action plan.

> *When I arrived . . . there was a table of contents. I did not have a researcher working with me. I prepared a fairly general profile and after that I will go back to each program and try to document it in relation to the differences between men and women. We have to do a gender-based analysis and organize services accordingly. That is my goal but I have so little time to devote to it and not much support. It is not a popular portfolio in the regional board. It is kind of invisible within the board.* [Translation] (RHSSB officer)

RHSSB managers share this perception.

Moreover, there is no status of women advisory committee attached to the RHSSB's organizational structure:

> *If there was a more internal or more official advisory committee in the board's structure, I think it would help among those with influence. If there is no one inside motivated enough by this portfolio, the pressure comes from the outside . . . when groups lobby.* [Translation] (RHSSB officer)

Given the lack of an advisory committee to the RHSSB and the limited resources allocated to the development of an action plan on women's health, well-being and living conditions, some respondents see the situation as an expression of the lack of interest in the status of women on the part of the RHSSB's management.

Interactions Between Women's Groups and the RHSSB

The regional coalition of women's groups is very active on issues connected with women's health and well-being, and its health committee is consulted informally by those in charge of the status of women portfolio in the RHSSB:

> *It's as though the committee [of regional women's groups] is an advisory committee for [the regional board]. It is not officially appointed as such but it plays that role. . . . I went to the meetings regularly but recently I have had a period set aside for matters that concern the regional board. I am not there for their discussions among themselves.* [Translation] (RHSSB officer)

The role of the regional coalition of women's groups is explained by the fact that it has been in existence for a long time. Since the creation of the RHSSB, women's groups have exercised leadership in mobilizing the community movement so that it can take its place in regional health decision-making bodies. A seat is reserved for women's groups among community representatives on the RHSSB's board of directors,[30] and this has enabled the women's movement in the region to bring its concerns directly to the table, although there has been some resistance:

> *In this area the RCCO [regional coalition of community organizations] was established by the women's groups. Other organizations believe that women's issues are too prominent, that they have too much funding. It is not necessarily easily to get their support. We have a strong voice in several areas and we can be disruptive.* [Translation] (member of the health committee of the regional coalition of women's groups)

According to the members of the board of directors interviewed, the dynamics within the RHSSB's board of directors often amount to a power struggle between the region's RCMs. One of the members expressed her scepticism about the possibility of exercising any real influence within this body:

> *The primary outcome of the position on the BoD has been to raise the credibility of women's groups. It has highlighted how we work. The competence of the individuals is acknowledged, but not the fight itself nor feminist action. . . . It might be assumed that from the BoD, women would be able to change practices, but it takes two. There are no facilitating conditions.* [Translation] (member of the health committee of the regional coalition of women's groups)

Some of the women consulted prefer to lobby the RHSSB's management more directly for action on the status of women portfolio:

> *At present, there are not many other channels, except that the [women's] groups often go directly to the ED [executive director]; this has been happening for some time. I think it is a good strategy because he is interested in what is being done in the status of women portfolio. Although he is a little uneasy at times, I would say, about what women's groups can do. He is listening.* [Translation] (RHSSB officer)

Several members of the health committee of the regional coalition of women's groups believe that their efforts to influence regional planning have been somewhat unproductive. In their words: "If we go back five or 10 years, there has been some progress, but we had to fight for it and we still have to fight to keep what we have. . . . I think we can no longer be ignored." "It is unclear whether there has been any progress. We have just changed the terms of discussion . . . because nothing comes of it" [Translation]. Given the extensive and lengthy work of the women's movement in this region in matters relating to women's health, our respondents are also concerned about the re-centralization launched by MSSS under Bill 28, which reduces the flexibility allowed to the RHSSBs and the possibility of having influence at the regional level.

Highlights

In Region B, relations between women's groups and the RHSSB waver between co-operation and lobbying. The regional coalition of women's groups took action to obtain from the RHSSB a commitment in the RSOP to develop a women's health action plan. However, the regional board has been slow in acting on this commitment, despite the pressure applied: "Honestly, we will be frank, we were told by a manager, 'I think the awareness is there in each of the programs, especially given the lobbying that has been done'" [Translation]. The health committee of the regional coalition of women's groups does not have any mechanisms that would enable it to ensure systematic monitoring of the commitments in the RSOP. The RHSSB's commitment is undermined by the lack of a status of women advisory committee associated with the RHSSB's decision-making bodies and the fact that the officer assigned to develop the women's health action plan has little time to give to this project because of her other responsibilities. In short, external pressure is not enough; what is needed to guarantee the development and implementation of the proposed action plan is the commitment of management, along with the allocation of adequate resources to follow through.

Region C

Concerns of the Women Consulted

This is a highly urbanized region with a large population that is diverse in socio-economic and ethnocultural terms. The diversity is a challenge for the health and social services network, which offers a wide variety of services ranging from local community programs to highly specialized activities accessible to people from outside the region.

The proportion of single-parent families and persons living alone is higher in this region than elsewhere in Quebec. Often falling into these groups are women heading single-parent families and elderly or marginalized women living in poverty. The problems of poverty and violence against women were often mentioned as key issues by the women consulted.

According to workers with community organizations active in ethnocultural communities, the immigrant population is experiencing a number of problems: isolation because of the language barrier, discrimination when seeking housing, lack of recognition for training acquired in their home country, job insecurity, and spousal and family problems arising from culture shock in both relations between women and men and between parents and children (Zambrana, 1988; Vissandjée et al., 1998). Recent immigrants are often disconcerted by the complexity of the health system and their lack of knowledge about how it works:

> *More time is always needed to explain or to go find them because there are misunderstandings and sometimes it's not a matter of language.* [Translation] (worker with a group dealing with cultural communities)

However, there are different opinions on what to do to ensure that more consideration is given to the specific needs of these communities. Some suggest that positions be reserved on the decision-making bodies of the health and social services network for community representatives. Others prefer the comprehensive approach championed by women's groups.

Women's groups are concerned about the variety of situations experienced by women and some are working for recognition of the special needs of women living in marginalized situations, such as lesbians, women with disabilities or homeless women:

> *When we began talking about violence against women with disabilities . . . we were told by everyone that it was not possible. Fifteen years ago there was not even acknowledgment that homeless women existed, people had to be shown.* [Translation] (women's group worker)

Some of our respondents are worried, however, that an approach focused on "at-risk" clients leads to a fragmentation of services and to social control, especially over marginalized women.

The shift to ambulatory care is also the subject of strong criticism by the women consulted because of what they see as the negative consequences for women of inadequate resources. Some also believe that the services of the public network, notably the front-line services of the LCSCs, should be more accessible: "There are some LCSCs that are overly bureaucratized, that are not close enough . . . to the public." [Translation] (member of the RHSSB board of directors)

Some of the women consulted believe that the lack of attention given to women's needs leads to significant gaps in the range of services available in the public network. Here are a few examples:

> *There is a refusal these days to recognize the special needs of women, in everything related to mental health as well. . . . There is no women's crisis centre; women are often harassed, not just by male workers but by clients. . . . But there is no real consideration given to the safety needs of women in mental health services.* [Translation] (women's group worker)

> *There is a lot of talk about the ageing of the population, but no programs have been developed to take into account the ageing of the female population. While women are seeking safe and reliable information on menopause, for example, on hormone replacement therapy or alternatives . . . there is no program available under public health . . . to educate physicians and public institutions so that the information can then be passed on to women.* [Translation] (women's group worker)

Our respondents mentioned that women's groups have no choice but to make up for the shortcomings of the public system, despite their limited resources.

The RSOP of Region C

In the consultations on development of the 1998–2002 RSOP, the RHSSB used several means to reach different audiences: the general public, user committees, partners in the health and social services network, and numerous groups and organizations interested in health issues. In addition to receiving briefs and holding public hearings, the RHSSB organized forums on particular themes, and conducted telephone and Internet surveys; and representatives of the RHSSB, on request, participated in some meetings to explain the planned RSOP to citizen groups. These consultations were accompanied by a newspaper advertising campaign to inform the public.

The members of the RHSSB's board of directors whom we consulted confirmed the efforts at open consultation and the active involvement of the board of directors in the process. A report by the community members on the RHSSB's board of directors confirms this point of view:

> Everyone felt that the consultations and public hearings, including even televised hearings of the board, were conducted in a commendable fashion. The board's consultations were very democratic. The only criticism that could be made is that some of the issues that we felt might have warranted public consultations did not always get them. [Translation] (extract from the report)

However, we must note that of the 120 briefs, very few (three) presented during the public hearings came from groups working on the status of women.[31] There is only a cursory reference to gender-based analysis in the consultation report: "Specific consideration should be given to women in all programs and services" [Translation]. However, no action has been taken to follow up on the RSOP.

The 1998–2002 RSOP is based on continuums of service in physical and mental health, or on targeting specific clienteles or problems. It does not include a section on the status of women. Two programs specifically related to women are given particular attention: action to deal with violence against women and the fight against breast cancer. Except for these programs arising from provincial policy, the RSOP does not contain either an objective or specific orientation to consider the characteristics of the female population. As is pointed out in a notice from the Conseil du statut de la femme (Quebec, CSF, 1999b), the RSOP does not explicitly address the orientations of the Ministère on planned parenthood, perinatal

care, or the adaptation of health and social services to serve homosexual persons. Several of the continuums perpetuate the invisibility of women by ignoring the feminization of ageing and poverty, as well as the impact of the shift to ambulatory care on women caregivers in particular.

The Status of Women Coordinator

The questionnaire completed by the RHSSB in summer 2000 indicated that there was no status of women coordinator or advisory committee, and that this portfolio was managed on a corporate-wide basis. An RHSSB officer has been given the mandate to coordinate status of women issues; her job is mainly to assign the files to the various units responsible for one or another of the service continuums. Her primary responsibility is to implement the policy on violence against women and follow up with women's groups funded by the community organizations support program. Her position was transferred from the public health department to the programming-coordination department, where it remains. According to the position's incumbent, the new location within the regional board's structure fosters more frequent contact with community groups working on status of women issues.

This approach to managing the status of women portfolio by distributing it among various departments also offers increased opportunities for collaboration,[32] which are not without consequences in terms of the energy required by women's groups. Some of the women consulted feel they are being active but getting no concrete results:

> *In other regions, they may have listened more closely, because . . . at the regional board, they are closer to the community. [Here] it is truly enormous and so is the energy that it takes; the bodies and the forums . . . for collaboration and then the committees, it's phenomenal. It's not possible to keep track of all of it, for the same people to be asked to attend 25 committees; you end up no longer having any connection to your centre.* [Translation] (women's group worker)

Various regional women's groups' networks have pooled their efforts to change the way the status of women portfolio is coordinated within the RHSSB's organizational structure. Presentations were made at a meeting of the RHSSB's board of directors to ask that the status of women coordinator have clearer responsibilities and more direct links with the RHSSB's management.

In response, the RHSSB's board of directors asked for a progress report on status of women activities. The report to the board of directors stated, "Numerous status of women activities are under way or about to be launched in several continuums . . . despite the fact that they are not called for under specific measures in this plan to improve health and social services" [Translation]. The report listed various activities undertaken by the RHSSB itself or in conjunction with various partners under the different service continuums, notably services to seniors and screening/referral activities for young, pregnant, women drug users.

The women consulted shared their opinion of this report with us. They felt it reflected the lack of an integrated approach to the status of women, a situation that produces piecemeal measures:

> *When I saw the report from the regional board on what they had done to provide services to women, it was very much project-driven. . . . It's the way it is designed but if I had a suggestion to make, it would be to stop thinking this way. We will never find solutions to social problems in this manner. It is very simplistic.* [Translation] (women's group worker)

The RHSSB also provided the health committee of the regional coalition of women's groups with a list of about a dozen officers in the RHSSB's various departments who were identified as status of women coordinators—information that definitely does not correspond with the perceptions of the women's group workers whom we consulted:

> *If we look at the committee of women's groups and the health committee, what we see at present is that there is no status of women coordinator at the regional board, even if they say the opposite; and we do not have the capacity, within the women's groups, to identify people who may be able to respond to our needs.* [Translation] (women's group worker)

This initiative, which occurred during the time of our study, is also revealing of the lack of clear understanding of the mandate of the status of women coordinator by members of the RHSSB's board of directors and staff, as shown by the following comment:

> *Two years ago, I think, I was certain that the regional board had a status of women delegate. . . . Ultimately, I learned that there was no one and the file went back to the regional board, which was told to do something . . . but they glossed over it.* [Translation] (member of the board of directors)

Even though the result was not satisfactory to the women's group representatives, their efforts did start a debate on the importance given to the status of women portfolio in the RSOP.

Interactions Between Women's Groups and the RHSSB

Relations between the RHSSB and the regional women's group networks vary, and in some instances this situation is a source of tension. The activists consulted believe that it is difficult to be heard when projects are not part of regional priorities. Some even have the impression that implementation of MSSS policies on women's health, which are not included in the RSOP, does not receive the necessary attention:

> *We have asked for various projects but have received money only for breast cancer. In terms of everything related to prevention, planned parenthood, we have heard nothing. . . . That is why we say that if it is not part of the priorities, it is hard. . . . On the planning priorities waiting to be implemented since 1997, with the exception of second-trimester abortions*

> *. . . nothing has yet been done. There are fewer LCSCs . . . there are fewer hospitals that offer services. The waiting lists are getting longer . . . but still there is no movement.* [Translation] (women's group worker)

According to this woman, such experiences lead to the belief that "there is no interest in women's problems . . . if you do not have a project that is ready to roll and that fits neatly into their pigeonholes" [Translation]. Other respondents also fear that the work will have to be started all over again if the officers in charge of the portfolio are shifted because, in their view, management's lack of interest is a major barrier:

> *Even our coordinators at the regional board are often quite powerless because they are following guidelines. It's a very hierarchical structure. It's a political agenda pursued with MSSS orientations that they apply. They are told to follow certain policies and they do not.* [Translation] (women's group worker)

Other women consulted believe they have even lost ground in terms of recognition of gender differences and are critical of the lack of clear RHSSB policy on the status of women:

> *The concept of gender-based analysis has been completely removed. . . . We are being brainwashed to think that women are becoming violent and that men too need access to funding in this area. . . . We talk about abusive men as people with mental health problems . . . problems that can be solved through therapy. They want to send a person to therapy for breaking his wife's arm, for raping his daughter. . . . I find that strange.* [Translation] (women's group worker)

They are also thinking about the impact of passage of Bill 28, under which the expected role of the RHSSBs will be increasingly to translate MSSS policy into their RSOPs. Among the activists whom we interviewed, this issue raises strong concerns in terms of the relations between the RHSSB and women's groups.

Highlights

In Region C, the 1998–2002 RSOP contains few specific commitments on the status of women. Although the RSOP does not cover all of the RHSSB's activities, the commitments made in the plan are the ones to which decision makers pay attention. Moreover, as a result of the regional board's corporate-wide approach to managing the status of women portfolio, there are in fact no internal mechanisms to ensure the integration and systematic monitoring of this portfolio in the complex environment of the region's health and social services. The concerted efforts of various women's networks recently succeeded in reviving the debate within the RHSSB on integration of the gender-based approach in regional planning and the need for real coordination of status of women issues. However, this initiative will not ensure ongoing follow-up of the portfolio given that there is no status of women advisory committee.

Region D

Concerns of the Women Consulted

This vast region is located in the suburbs of a major centre and is experiencing rapid population growth. It includes several cities of more than 30,000 inhabitants and an outlying rural area. Anglophones make up close to 10 per cent of its population and diverse cultural communities account for slightly more than 5 per cent. One of the largest Aboriginal communities is located in the region.

With regard to the status of women, problems of violence and poverty were mentioned frequently by the women consulted, as was the case in the other regions:

> *The women come when they are on the brink of mental health problems, a lack of self-esteem, they are overloaded and impoverished following separation. . . . Women who have little education, who have been with their partner for 25 to 30 years and who are undergoing a separation, are very dependent on their spouse and experience a great deal of isolation.*
> [Translation] (women's group worker)

The community groups working with the different cultural communities play an important role informing this population about the various health and social services and programs available. Immigrant women are especially vulnerable because of their greater isolation and dependence on their spouses:

> *Sometimes the husband arrived a few years earlier, he has become integrated. . . . There is a question of communication between two people who have been separated, who may not, during those years, have developed the same way of behaving, the same attitudes. . . . The woman arrives with the children and it is unfortunate but it creates a break. . . . She has no members of her family, she does not speak the language, she does not know what services are available; she is living in a very small, narrow world.*
> [Translation] (worker with an organization dealing with cultural communities)

Problems finding a family physician and waiting times for psychological services in the LCSCs are common in the region. The coordinator of the region's women's group committee also mentioned the problem of accessing services experienced by women living in rural areas without transportation.

The RSOP of Region D

The preparation of the 1999–2002 RSOP was preceded by a report and a prioritization exercise, and included consultations by invitation.[33] The board of directors established an ad hoc committee of six members to oversee the preparation work. It decided to hold public hearings, which were not initially planned. Just over 60 briefs were presented at the hearings.

The consultations took place very quickly and women's group workers, who devoted much energy to formulating joint recommendations, feel their efforts to raise awareness among RHSSB decision makers produced meagre results. Women's living conditions are not subject to any specific analysis and the RSOP does not contain any structured commitments in this area.

> *The services are adapted on a hit-or-miss basis given that there is no consideration of the differences between men and women; it's not included in the 1999–2002 consolidation plan, there is no gendered data. There is data by age but not by gender.* [Translation] (women's group worker)

Acknowledgement of gender differences and women's particular circumstances are equally absent from all regional planning, according to the women consulted. In the component dealing with services for seniors, for example, gender differences are only mentioned in relation to the fact that women take more prescription drugs than men.

Spousal violence is one of several problems addressed in the section on "intentional and non-intentional trauma" included in the public health component. This approach is unsatisfactory to the region's women's groups:

> *We were consulted on the consolidation plan that was being adopted and we noted the disappearance of the violence against women program, which was changed into a general violence program. There was no longer anything specifically for women there. That was a major loss. As I mentioned, we participated, we criticized [the draft]. . . . A brief was presented. All of the women's groups were loud and clear in their comments opposing disappearance of the program. . . . There was no result.* [Translation] (women's group worker)

This change was seen as a setback and a rejection of the demands made by all of the region's women's groups. It raised concern among the women consulted that funds allocated for action to help women victims of spousal violence would be partly redirected to help violent men.

In the 1999–2002 RSOP, a manager described the RHSSB's preferred approach to status of women issues as follows:

> *What we wanted to do was to ensure that the status of women focus would be integrated fundamentally into our client programs so as not to be an isolated concern. . . .We deal with health problems, each involving a variety of clienteles that are then identified by age, gender or maybe nationality. In the public health approach, the age category is especially useful because it defines populations, and at the same time it can define where action is needed: schools, workplaces.* [Translation] (RHSSB manager)

Another RHSSB officer states:

> *The gender variable is considered . . . but I would say that it is perhaps taken into account indirectly through indicators such as poverty or mortality. . . . [Women are] a clientele that may be considered to a greater or lesser extent depending on the issue.* [Translation] (RHSSB officer)

In the opinion of the women consulted, the RSOP simply reiterates MSSS priorities, such as the *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (Quebec, MSSS, 1996):

> *Even in the case of spousal violence, the talk is of intentional trauma—but that, that comes from Québec City, for example. That is important because I leafed through the consolidation plan and I also leafed through the entire [MSSS] public health plan.*[34] *They agree word for word, I found a copy inserted into the consolidation plan.* [Translation] (women's group worker)

To summarize the actions taken by the RHSSB in the area of status of women, we were referred to the regional report on implementation of the *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises* (Quebec, SCF, 1997a) prepared by the Regional Administrative Conference (RAC). This report lists health and social services activities relating to: support, assistance and respite measures for female caregivers; the development of practices and protocols for short perinatal-obstetrical stays; the monitoring of the spousal violence policy; and actions to implement the *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle* (Quebec, MSSS, 2000c). Under the government's policies on spousal violence and sexual assault, cross-sectoral committees were established by the RHSSB and some have produced satisfactory results, according to the respondents: "We were able to see all the memorandums of understanding [on spousal violence] signed in the regions as a result of the efforts of this committee" [Translation].

The RAC's report indicates, however, that some of the targets for sectoral action have not resulted in any action by the RHSSB, whether in terms of adapting support services to women in vulnerable situations, evaluating the impact of network changes on family and friends, or defining specific indicators for women. Given the results of this report on government action in the region with respect to the status of women portfolio, the RAC recommended that each participating government department and agency designate a person within its organization to act as a status of women coordinator.

The Status of Women Coordinator

The RHSSB is not following the recommendations of the RAC, as confirmed by one of the institution's managers:

> *In reality, within the regional board, there is no one formally assigned to the status of women. It is not a portfolio, a client program for example, that entails a specific responsibility for the board, dictated to us by MSSS. As for the concern, it is an underlying element of each of the client programs.* [Translation] (RHSSB manager)

Until recently, two RHSSB officers were assigned to the status of women portfolio: one in the services department and the other in the public health department. They shared monitoring of the various files related to the status of women and provided ongoing points of contact for the region's women's groups.

> *There was a status of women coordinator in place informally, but she was there and was concerned. However, we were told that it was not part of the structure, that it was something informal.* [Translation] (women's group worker)

In this context, there was a breakdown in the channels of communication between the RHSSB and the regional committee of women's groups. This situation fed feelings of dissatisfaction and encouraged the use of pressure tactics targeting the management of the RHSSB, which did not have a status of women advisory committee either, despite repeated requests from the region's women's groups.

Interactions Between Women's Groups and the RHSSB

Relations between the RHSSB and women's groups are marked by an accumulation of negative experiences. One example cited by more than one respondent is the fact that the regional board ignored recommendations from a one-day study session on the theme "Natural caregivers: a choice or an obligation," attended by some 100 community group representatives, nurses and officers in institutions of the public network:

> *[This study day] was as open as possible in order to reach recommendations . . . that did not come solely from women's groups, but that sought broader acceptance. . . . We came up with nine recommendations, which were sent to each of the LCSCs, and we identified the recommendation that concerned that facility in particular, and asked for a response. . . . The same recommendations were sent to the regional board. . . . A letter of reply was received from most of the LCSCs, telling us that it was interesting, that it would be circulated, that it would be considered. . . . No response came from the regional board.* [Translation] (women's group worker)

In light of this situation, the regional committee of women's groups chose to adopt a lobbying approach toward the RHSSB's board of directors. Women's groups made a concerted effort to obtain financial support from the RHSSB for organizing the World March of Women 2000; the pressure they applied produced results:

> *Initially, the request was bluntly refused by the executive council. . . . It was even viewed as frivolous; out of the question to seek funds for the Women's March. Ultimately, we turned to the board of directors, I think there were maybe 125 women who showed up, after preliminary awareness work with the members of the BoD, and we were able to get $50,000 from the board of directors. What I learned from this example . . . [was that] we are capable of making some headway when we are well organized, when we make our opinion known.* [Translation] (women's group worker)

The members of the regional committee of women's groups who interact more with the RHSSB think that pressure tactics may accomplish more than collaboration: "Consensus is great when it works, when the other party is prepared to be flexible. . . . While working that way, we're not coming together" [Translation], one of the women told us. For some, the lobbying approach is necessary to get regional planning to reflect women's specific needs. The assessment of the coordinator of the regional committee of women's groups of her contact with the RHSSB reflects this opinion, despite the effort needed to carry it out:

> *The women's question is upsetting here, it is not something that is very popular in the regional board, it is not something they want, that they promote, and we have to wake them up about it, but they do not respond. As for broader community groups, it is easier because there had been intensive work by the RCCO [regional coalition of community organizations] four years ago. They are relentlessly pursuing the board. As for those of us working on the status of women, what is difficult is that we do not have time for any of the files we are dealing with.* [Translation] (women's group worker)

The fact that the 1999–2002 RSOP follows the frameworks set out by MSSS accentuates the perception that the RHSSB's board of directors has virtually no flexibility in decision making:

> *In the plan, I find the public health department's vision is very strong; this means that the RHSSB board of directors has minimal flexibility to change things, to move things along. . . . In the case of the board of directors meetings that I attended, any time that members of the BoD tried to change something . . . it was very difficult.* [Translation] (women's group worker)

An RHSSB officer confirmed the major influence of MSSS on regional planning:

> *A lot of the policies are now sent to us from MSSS and they have major impacts on regional action. . . . MSSS thinks along program lines. . . . More and more over the past two years, the MSSS approach has been mainly directive. . . . It is quite prescriptive at this point. If there are choices, I would say, around allocation, budget distribution, the choices are fewer, it is more difficult than in the past.* [Translation] (RHSSB officer)

The respondent acknowledged that relations between the RHSSB and community organizations, especially women's groups, take the form of lobbying tactics directed toward the RHSSB's managers: "The major challenge is not at the documentation level. It is at the level of lobbying, exerting influence, governance." [Translation] (RHSSB officer)

In light of the problems encountered in relations with the RHSSB, some women's group workers have reached the following conclusion:

> *The only way there could be any change is for someone to actually bring women's health issues to the department's attention, if there was a status of women position or women's portfolio.* [Translation] (women's group worker)

Several opportunities for collaboration appear to have been put on hold by the RHSSB,[35] which launched consultations on participatory structures a few years ago. At that time, women's groups again asked for the creation of a status of women advisory committee. This initiative was abruptly suspended because of changes in the governance of the health and social services network adopted by MSSS. The changes increased centralization, adding to uncertainty about the role to be given to the RHSSBs in a framework where the choice of priorities for action will increasingly be made by MSSS.

Highlights

Relations between the committee of women's groups and the RHSSB reflect communications problems in a context marked by the lack of a status of women advisory committee or coordinator. Women's groups are acting on health and social services issues but the context fosters dynamics of lobbying and conflict. Women more directly interacting with the RHSSB reported a number of negative experiences. The RHSSB's planning framework gives little consideration to policies on the status of women. Moreover, consultations on participatory structures, launched by the RHSSB, were suspended because of the changes announced in the governance of the public health and social services network.

5. CLARIFYING STRATEGIC ORIENTATIONS

The case studies in the four regions illustrate the relations between the RHSSBs and the regional committees of women's groups in Quebec in terms of planning women's health, well-being and living conditions. Some features are evident from analysis of the data collected.

In the four regions, women's groups are working to ensure that regional health and social services planning takes into account the specific needs of women. The concerted action of women's groups is led by the health committee of the regional coalition of women's groups in Regions B and C; in Region A, interactions between women's groups and the RHSSB are managed through an advisory committee involved in the RHSSB's decision-making process, and its work is closely tied to regional programming. In Region C, the lobbying of various women's networks revealed the ambiguity concerning responsibilities for coordinating status of women files, and this led the RHSSB to clarify its orientations and activity in this area. In Region D, the regional committee of women's groups met resistance from the RHSSB, which no longer has a status of women coordinator. According to the women consulted, the RHSSB pays little attention to the concerns of women's groups and is slow to incorporate their knowledge of the specific needs of women into regional planning.

The RSOPs in Regions A and B include a section dealing with the status of women, while the RSOPs of Regions B and C do not. However, MSSS orientations, policies and programs regarding women's health, supported by transfers of resources to ensure their implementation, are reflected in the RSOPs.[36] Nevertheless, the MSSS *Plan d'action 1997-2000 : santé, bien-être et conditions de vie des femmes* (Quebec, MSSS, 1998) is seldom mentioned in the RSOPs analyzed. The use of GBA, which is still at the testing stage in MSSS, has not yet had any impact on health and social services planning overall. The RSOPs draw on the Policy on Health and Well-Being (Quebec, MSSS, 1992) and are structured according to service continuums targeting mainly vulnerable populations.

The commitments regarding women's health, well-being and living conditions in the RSOPs do not necessarily ensure that they will receive the attention of management or that their implementation will be given any priority. According to the majority of people consulted from women's groups and from the RHSSBs, implementation of the commitments depends on the vigilance and perseverance of women's groups to ensure follow-up. Since there are no implementation indicators relating to the status of women orientations in the RSOPs, it is more difficult to determine the degree to which commitments are fulfilled and objectives achieved in this area.[37] The RSOP can be a mechanism for moving issues forward without necessarily ensuring by itself achievement of the results announced, since mechanisms for regular communication with women's groups are not built into the organizational structure of the RHSSB.

In Region A, regional planning on women's health is focused mostly on establishing a process to foster the ongoing contribution of women's groups to the programming process. A status of

women advisory committee, reporting to the RHSSB's executive council, has been strengthened and officially recognized by a decision of the board of directors. Within the RHSSB, the focus is on corporate-wide coordination of status of women issues. The coordination is undertaken by a status of women coordinator who acts as a liaison between the advisory committee and the various departments of the RHSSB, with ongoing support from management. This approach promotes open dialogue, the creation of common language, heightened awareness of officers working in the various programming areas, and a climate of co-operation that produces results, despite differences of opinion upon occasion. For example, the status of women advisory committee provided advice on women's circumstances and special needs in connection with anti-poverty efforts and mental health orientations. These elements were not part of the 1998–2002 RSOP on women's health but did receive attention.

In Region B, the 1998–2002 RSOP reiterates the commitments made in the previous period; it essentially provides for development of a profile of women's health, to be used to produce an action plan. The officer responsible for the portfolio in the RHSSB is attached to the public health sector and she has little time to carry out this mandate. In addition, she is somewhat removed from the ongoing process of implementing programming in the RHSSB. In her opinion, the delays in fulfilling the status of women commitments included in the 1998–2002 RSOP are not being addressed because there are no available resources. This situation is a source of tension in relations between the RHSSB and the women's movement because it creates scepticism within the regional committee of women's groups about whether the RHSSB is genuinely interested in fulfilling its commitments.

In Region C, the RHSSB prefers a corporate-wide approach to taking the status of women into account in its regular programming activities for health and social services. However, in reality, the mandate of the status of women coordinator is essentially to distribute status of women files to the various departments, as they appear. Regional organizations working with women, having expertise in identifying their specific needs and varied ways to respond to them, are active on sectoral committees. But the regional committee of women's groups is generally unable to influence regional programming in a concrete way and is asking the RHSSB to put in place coordination mechanisms attached to the executive council.

In Region D, despite the efforts of the committee of women's groups to make its concerns heard with the collaboration of the community network, communicating with the RHSSB is difficult. Since the RHSSB had neither an advisory committee nor a status of women coordinator at the time of the study, the regional committee of women's groups chose to lobby the board of directors. In addition, RHSSB managers with whom we met had little knowledge of gender-based analysis or of the RHSSB's programs or actions with respect to the status of women.

In the various regions, the women sitting on the RHSSB boards of directors as representatives of the community movement have made it possible to support action by women's groups and to contribute to the fulfilment and follow-up of the commitments of the RHSSBs with respect to the status of women. However, recent reforms in the governance of the health network have significantly altered the accountability framework of the RHSSBs, now that MSSS appoints members of the boards of directors as well as presidents and executive directors.

Lessons Learned from the Experience in a Fifth Region

One further interview with a women's movement activist who sits on the board of directors of an RHSSB that was not part of the case studies was added. In this region, the RHSSB prepared a status report on women's specific health needs and conducted regional consultations on the response to these needs, with the aim of developing an action plan. The purpose of this interview was to expand our understanding of some factors that promote fulfilment of commitments by RHSSBs in the area of status of women.

The commitment to develop a women's health action plan was stated in the 1998–2002 RSOP. It was the result of ongoing efforts by representatives of women's groups and women sitting on the board of directors. These efforts were also necessary to ensure that the commitment was fulfilled:

> *What was won when the consolidation plan was created. . . . It was the joint efforts of several women who were on the board of directors of the regional board at the time. . . . This was what ensured that we had a component on women's health in the board's consolidation plan. Of course, we also took part fully in the consultation process but in the end, it was the pressure that was applied . . . by everyone. . . . I spent a year on the board's BoD pushing the issue during question period: When will we get the women's health action plan done? And I sent documents. We had a series of small lobbying efforts targeting our board so that there would be action. And when the [new] director of service organization . . . was appointed, his executive director [of the RHSSB] told him: You look after the women's health component. . . . Something needs to happen. . . . It was after he took it in hand that things began to move in women's health.* [Translation] (member of the board of directors of a fifth RHSSB)

The responsibility for fulfilling the commitments made in the RSOP was therefore entrusted to a manager who received his mandate directly from the executive council and who held a position that allowed him to influence all of the service sectors within the RHSSB. This tends to confirm that clear direction from management and the position held by the person responsible for the portfolio within the organizational structure are key factors in achieving the RHSSBs' commitments to women's health.

The activist from the regional coalition of women's groups in this fifth region believes that her membership on the RHSSB board of directors gave her some influence, as it did the women who preceded her and who helped to ensure that commitments on women's health were included in the RSOP:

> *I believe that the gains were made because, as a member of the BoD, I did not have the same status in the regional board, it must be recognized. . . . I could not be ignored as a member of the regional board's BoD. Of course, I still had to build credibility. . . . It was therefore easier afterward to move things forward at the regional board, to obtain information . . . to obtain*

> *internal co-operation. . . . In that sense, I found it helpful.* [Translation] (member of the board of directors of a fifth RHSSB)

In this region it is the health committee, in collaboration with the coordinating committee of the regional committee of women's groups, that acts as the external spokesperson for the RHSSB with regard to developing a status of women action plan. The RHSSB's status of women advisory committee was disbanded and there are now only sectoral committees, such as the one on violence against women. In addition, according to our respondent, the mandate of the status of women coordinator is limited to monitoring the violence against women file.

Thus, the progress made in developing a status of women action plan in this region is the result of a combination of strategies: "In part it took the March of Women, and in part it was the well-placed women who used these initiatives" [Translation]. According to our respondent, the consultation period was only one step in the planning process and it was the entire planning effort that women's groups had to focus on:

> *Personally, I find you have to be on the inside with what is happening. For example, if the regional board is developing a three-year plan, then it is best to be in the centre of the discussion on the three-year plan, so that you integrate corporate-wide concerns throughout. On the other hand, I find that a corporate approach is not enough: there needs to be a watchdog to ensure that corporate-wide concerns are addressed everywhere because if something is just stated and you do not follow up . . . it will be their fifty-thousandth priority.* [Translation] (member of the board of directors of a fifth RHSSB)

The experience of this activist reveals a key element. The ongoing participation of representatives of women's groups in planning and programming helps ensure fulfilment of status of women commitments in the regional health and social services network. The dynamics vary according to the circumstances in each region, and the involvement may take the form of contributions by women to meetings of the RHSSB's board of directors or through a structure closely linked with the executive council, such as a status of women advisory committee. Among activists in regional coalitions of women's groups, there is greater satisfaction with the results and a more favourable assessment of interactions with the RHSSB when there is a clearly identified status of women coordinator and mechanisms for communicating directly with decision makers within the RHSSB's structures.

Governance Changes in the Health and Social Services Network in Quebec

Passage of Bill 28[38] by the provincial government in June 2001 changed the way members are appointed to the RHSSB boards of directors: they are now chosen by the Ministre de la Santé et des Services Sociaux from lists of individuals proposed by various regional organizations.[39] While the Act mentions that "all the lists of names . . . must tend towards gender parity" (s. 66),[40] the individuals must also be recognized for their "management skills" (s. 65). This type of criterion, if applied on the basis of training or professional experience only, may prevent diverse representation of women in the region. The changes reflect an evolution in modes of representation, shifting from an approach stressing

representation of partners and of the regional community to one stressing management expertise.

However, the Act does call for the RHSSB boards of directors to appoint people's forums with the mandate: (1) to consult the public on its satisfaction with the services provided and services organization requirements; and (2) to provide advice on the three-year strategic plan on services organization that is to be developed by each RHSSB. These forums, whose activities are to be coordinated by the president and executive director of the RHSSB, meet with the board of directors at least twice annually and have only advisory authority.

In this new context, what opportunities are there for ongoing dialogue between the RHSSB and women's groups familiar with the specific needs of women and possibly able to provide regional programming with expertise acquired from working with women in different environments? What's needed is to equip the RHSSBs with mechanisms to ensure the use of GBA application tools developed through pilot projects now under way, and to take into account the specific needs of women in various regions. This issue is of concern to the representatives of women's groups with whom we met in all of the regions covered by the case studies. Moreover, it is a matter of implementing government commitments on the status of women in a sensitive sector of society, namely the health and social services sector.

A status of women advisory committee linked to the RHSSB's decision-making bodies, as is the case in Region A, can be useful provided that the RHSSB has clear orientations on women's health, well-being and living conditions. Given the widely varying circumstances revealed by the case studies, this commitment to gender equality must be confirmed by a government orientation, along with the specific means for ensuring its implementation in the decision-making structures of the RHSSBs. There is already a precedent in the form of advisory committees to the RHSSBs' executive councils created by statute, which exist in all regions: these are the committees on access to services in English. Our observations suggest that this is a mechanism to explore to ensure collaboration between the RHSSBs and the regional coalitions of women's groups. In addition, a status of women coordinator linked directly with the executive council represents a mechanism that strongly favours productive communications with regional coalitions of women's groups and follow-up on the commitments in the RSOPs.

The health and social services network must respond to multiple needs in an increasingly diverse society. The integration of GBA into health and social services planning would make for better understanding of the particular impact of women's and men's different status and social roles on their health and well-being, and on the use of services. It would also help to better identify the significant contribution of women to caregiving in the family, in the community, and in health and social services. The failure to recognize these differences—a source of gender inequality—resulted in changes to the health and social services system in the 1980s that negatively affected many women, especially the many female caregivers of persons with disabilities. Recognizing gender disparities is essential to correct the negative effects of these changes on the status of women and to foster gender equality.

6. CONCLUSION AND RECOMMENDATIONS

The various levels of government have made commitments concerning the application of gender-based analysis to policy development and evaluation. However, they have been slow meet these commitments, especially in the area of health and social services.

In Quebec, the mission of the RHSSBs is "to adapt health and social services to the needs and realities of the diverse clientele they serve" [Translation]. According to MSSS, they are the "architects of planning, organization and coordination of programs and services, and resource allocation" [Translation] (Quebec, 2002). All this is expressed in RSOPs developed every three years. Departmental policies that affect the status of women are seldom reflected in the RSOPs. Moreover, changes in the health and social services system implemented by the RHSSBs since 1995 have negatively affected women in various situations.

The purpose of our study conducted in 2000–01 was to explore the participation experiences of women's groups in the decision-making processes of the health and social services system at the regional level. Our goal was to reflect on the inclusion of objectives fostering gender equality in the RSOPs, while taking into account the diversity of women's circumstances. In fact, the experiences of the regional coalitions of women's groups reflect the difficulties in incorporating GBA into regional planning and in implementing services adapted to the specific needs of women.

The governance decisions made regarding the health and social services network in June 2001 (Bill 28) disrupt the framework of our recommendations. The new legislation introduces a new regime that amounts to re-centralization, returning management of the network to MSSS: it provides for the signing of management and accountability agreements between the RHSSBs and the Minister; it limits the public's involvement at the regional level by putting in place boards of directors appointed by the Minister, with people's forums appointed by the boards of directors of the RHSSBs and having advisory authority only. This new situation must be considered in analysing the strategies for promoting gender equality in regional health and social services planning, and it colours our recommendations to MSSS, the RHSSBs and women's groups.

Lastly, the funding of the health system, which is a matter of dispute between the federal government and the provinces, is an issue beyond the scope of our study, but it has a considerable impact on the resources required to implement these recommendations.

Recommendations to the Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

The Policy on Health and Well-Being adopted in 1992 and the *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (Quebec, 1996) provide direction to RSOPs organized around service continuums. We note, however, the almost complete lack of mention of the MSSS 1997–2000 action plan on the status of women in the 1998–2002 RSOPs. The lack of GBA in some departmental orientations, notably mental health (Quebec, MSSS, 1997c) and

services for frail seniors (Quebec, MSSS, 2000), is not conducive to ensuring adequate services for the specific needs of women.

MSSS policies accompanied by specific targets and set-aside resources affect regional planning. Let us use as an example the *Politique d'intervention en matière de violence conjugale* or the *Programme québécois de dépistage du cancer du sein,* which are covered by specific measures in all of the RSOPs that we analyzed. Various women's groups are involved in regional committees responsible for implementing these policies and, in some cases, they help to adapt action to the situation of cultural communities.

MSSS will shortly be completing a pilot project on integrating GBA into services for frail seniors. This is a crucial area given the feminization of ageing in the population and given the impact of social roles that have placed a greater burden on women to assume responsibility for providing increasingly high levels of care to family members, without adequate support from the health and social services network. The lessons learned from this pilot project must be shared with the public and used to provide direction to regional health and social services planning in the future.

1. In the review of the Policy on Health and Well-Being and Quebec's public health priorities, we recommend that MSSS consider setting as a priority the reduction of gender inequalities, and that it ensure a better linkage of regional planning with existing policies related to women's health, while taking into account the diversity of needs among the female population. The revised Policy on Health and Well-Being should clearly state the strands of action and the objectives to be achieved in women's health, well-being and living conditions. In addition, the MSSS action plan on women's health, well-being and living conditions could also benefit from wider dissemination in the health and social services network.

2. We recommend that MSSS release as soon as possible the report on the pilot project on GBA application to services for frail seniors, and that it set objectives for implementation with adequate resources to achieve them.

3. To guide GBA integration into regional planning, we recommend that MSSS develop a practical application guide for officers in charge of regional health and social services planning, and that it prepare training on this topic for RHSSB boards of directors and officers.

4. Given the composition of RHSSB boards of directors and the new method of appointing members, as well as the relevance of contributions from organizations working directly with women in diverse circumstances, we recommend that MSSS and the Government of Quebec amend the legislation to create status of women advisory committees reporting to the executive councils of RHSSBs.

Recommendations to Regional Health and Social Services Boards

The review of the 1998–2002 RSOPs reveals serious shortcomings with regard to GBA in regional planning. Overall, there are few details regarding the specific commitments incorporated in the RSOPs with respect to the health and living conditions of women. The plans reflect the influence of certain policies or specific programs adopted at the departmental level, with resources allocated to support their application. This is the case in particular with the issue of violence against women or with breast cancer screening. RSOPs that include measures to reduce the impact of changes in the health and social services on the status of women are the exception. Overall, we noted the absence of an integrated approach to fostering gender equality and a lack of focus in women's health activities in regional planning.

Five of the 16 RHSSBs examined included in their RSOPs a section on the status of women, three of them refer to a status of women advisory committee to define and update their priorities in this field, and two others commit to developing a profile and action plan on the status of the female population. The choice of preparing an action plan rather than a specific program on women's health may favour a corporate-wide approach that sets objectives in various programs and avoids creating a specialized unit lacking an overall service perspective. In fulfilment of government commitments to the status of women, the RHSSBs should include in their RSOPs precise commitments to meet the specific needs of women and to reduce gender inequalities, and they should assign a variety of means and adequate resources to ensure that these commitments are fulfilled.

In response to a question in the questionnaire for RHSSBs, 12 of the 16 RHSSBs reported that they had a status of women advisory committee. This type of committee makes it possible to involve representatives of women's groups, or of other organizations working directly with women in diverse circumstances, in the development of regional planning, and to benefit from their expertise. However, the status of these advisory committees and the modes of interaction between the RHSSB and the regional coalition of women's groups vary greatly from region to region. In this regard, the role of a status of women coordinator reporting to the executive council is a vital asset to ensure productive collaboration with the region's women's groups.

These mechanisms were proposed in 1997 with the addition of a fifth orientation to the Government of Quebec's policy on the status of women, entitled *La place des femmes dans le développement des régions* (Quebec, 1997b). However, the orientations were not embraced by the RHSSBs. Incorporating GBA into regional health and social services planning requires not only concrete application tools but also the establishment of status of women structures and resources in regional institutions, along with active and ongoing use of the expertise of local and regional women's groups.

5. We recommend that the RHSSBs include precise commitments on the status of women and the reduction of health disparities between men and women in future RSOPs, in consultation with the networks of organizations that work directly with women and that are in a position to help identify the key specific needs. The RSOPs should also include indicators of follow-up on the commitments made.

6. The creation of a status of women advisory committee reporting to the executive council of each RHSSB is also recommended. Given the legislative changes amending the composition of boards of directors and the method of appointing members, such a committee, composed of representatives of women's groups and organizations working with women from diverse communities, would be even more useful in identifying responses suited to the specific needs of women. The advisory committee would set its priorities based on the regional situation and current health and social services policy, in order to incorporate its recommendations into the ongoing process of implementing the RHSSB's programming, with the aim of achieving concrete results in adapting services to the specific needs of women.

7. We also recommend the appointment within the staff of each RHSSB of a status of women coordinator reporting to the executive council, to provide support to the status of women advisory committee. The primary role of the coordinator would be to ensure follow-up on the advisory committee's recommendations and to maintain regular communication with RHSSB departments and officers responsible for the various components of regional planning. This coordination role will foster collaboration with regional coalitions of women's groups and fulfilment of status of women commitments in the RSOP.

8. We further recommend that the RHSSBs organize training and awareness activities for the various officers of the regional board and the health and social services network on GBA, on the specific needs of women from various communities and on the status of women commitments in the regional action plan. This training is a prerequisite for providing services that appropriately respond to the diverse needs of women.

Recommendations to Women's Groups

In the four regions examined, the regional coalitions of women's groups played an active role in ensuring that status of women commitments were included in the RSOPs and were fulfilled. In addition, groups or networks working on women's living conditions were involved in the implementation of sectoral policies targeting priority health and social service needs adapted to the specific requirements of women. The contribution of women's groups with expertise women's needs as well as how to address them can enrich regional planning related to the health, well-being and living conditions of women.

However, regional planning collaboration mechanisms that rely on groups to appoint representatives must be assessed in light of the investment by the RHSSBs and the potential results for promoting gender equality, as well as for developing services adapted to the specific needs of women. Given the limited resources of many organizations working with women, their contribution to regional health and social services planning must take place in a context that provides some assurance that their recommendations will be considered by the RHSSB's departments and decision-making bodies.

9. We recommend to networks of women's groups that they undertake joint action at the provincial level with the following goals: (1) integration of gender-based analysis into

the review of major policies that provide direction for regional planning, particularly the Policy on Health and Well-Being and Quebec's public health priorities, following completion of the pilot projects launched by MSSS; and (2) legislative amendments to establish status of women advisory committees reporting to the executive councils of the RHSSBs.

10. Given the consultation mechanisms to be established by the RHSSBs, we recommend that regional committees of women's groups:

- seek to obtain, in coming RSOPs, precise commitments from the RHSSB regarding gender equality and appropriate services to meet the specific needs of women in their regions;
- ensure that these commitments are accompanied by concrete measures and the resources to carry them out;
- ensure that the RHSSBs set up advisory committees and a status of women coordinator position, which report to the executive councils, to provide coordination and follow-up on the commitments stated in the RSOPs; and
- seek to obtain remuneration for women's groups representatives who are members of regional status of women advisory committees.

APPENDIX A: QUEBEC'S HEALTH AND SOCIAL SERVICES REGIONS

01 Bas-Saint-Laurent
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean
03 Québec
04 Mauricie et Centre-du-Québec
05 Estrie
06 Montréal-Centre
07 Outaouais
08 Abitibi-Témiscamingue
09 Côte-Nord
10 Baie-James (Nord-du-Québec)
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine
12 Chaudière-Appalaches
13 Laval
14 Lanaudière
15 Laurentides
16 Montérégie
17 Nunavik
18 Baie-James (Cree Council)

Source: MSSS

APPENDIX B: QUESTIONNAIRE FOR REGIONAL BOARDS

Identification:

The Regional Health and Social Services Board of _____

1. 1999–2002 three-year planning process

What body, **within the regional board**, was in charge of the 1999–2002 three-year planning process?

_____

Did the regional board set up one or more ad hoc working groups to help the body responsible for the 1999–2002 three-year plan?

Yes:_____ No:_____

If yes:
Identify the committee(s) **and** specify the units or departments involved.

_____

_____

_____

Did the board carry out or contract any specific projects to identify problems or priority health services in the region?

Yes:_____ No:_____

If yes:
Specify the nature of this work (use of demographic data, epidemiological surveys, analyses of service utilization, consultation with experts, etc.).

_____

_____

_____

2. Consultation process for the 1999–2002 three-year plan

Did the regional board prepare a supporting document or information for the public or partner groups **prior** to beginning consultations on the three-year plan?

Yes:_____ No:_____

What methods did the regional board use to consult partner organizations and the public under the 1999–2002 three-year planning process?

Please indicate by yes or no all of the methods used:

(A) Public consultation with:

Written briefs or notices: _____

Public hearings:_____

(B) Survey with:

Opinion survey(s):_____

Discussion groups:_____

Other (specify):_____

3. MSSS action plan: women's health, well-being and living conditions

In your opinion, are people in your regional board familiar with the 1997–2002 MSSS action plan on the status of women entitled *Santé, bien-être et conditions de vie des femmes?*

Yes:_____ No:_____

Was this action plan the subject of a presentation or discussion within your regional board?

Presentation only to:

the board of directors?_____

managers of the regional board?_____

staff of the regional board? _____

Presentation and discussion with:

_____

_____

_____

Was this action plan presented to internal or external working groups of the regional board?

Name the committees	Presentation only	Presentation with discussion
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4. Information on the status of women mandate

Is there a coordinator in the regional board responsible for the status of women portfolio?

Yes:_____No:_____

If yes:
Please attach the description of the mandate for this position.

What percentage of the person's time is devoted specifically to these files? _____

In what year was this position created? _____

To which department or service within the regional board does this person report?

_____

What is the position of the person to whom the coordinator reports directly?

_____

At present, what are the main files under the responsibility of the coordinator?

_____

_____

_____

If no:
Was there a coordinator for the status of women portfolio in the past?

Yes:_____No:_____

If applicable, identify the period when there was a coordinator: 19____ to 19____
To which department or service were status of women files assigned?

File:_____ Service:_____

File:_____ Service:_____

5. Status of women advisory committee

Is there an advisory committee in your region that acts as interlocutor with the regional board with respect to the status of women?

Yes:_____ No:_____

If yes:
Was this committee established at the initiative of the regional board?

Yes:_____ No:_____

In what year was the committee created? _____

How many people are members of the committee?_____

How are the members of this committee appointed?_____

_____

If no:
Was there a status of women advisory committee in your region in the past?

Yes:_____No:_____

If applicable, identify the period in which there was such an advisory committee: 19__ to 19____

What are the present modes of contact between your regional board and the region's women's groups?

No specific link:_____

Occasional contact with a few groups on specific files:_____

Regular contact with a few groups on specific files:_____

Occasional contact with a coalition of women's groups:_____

Regular contact with a coalition of women's groups:_____

Other (specify): _____

Please return the completed questionnaire:

By mail to: Jocelyne Bernier, Researcher
Centre of Excellence for Women's Health
Université de Montréal Consortium
Pavillon 3755, Jean-Brillant
P.O. Box 6128, Stn. Centre-Ville
Montréal, Quebec
H3C 3J7

By fax to: (514) 343-7078
Attn: Jocelyne Bernier (CEWH)

Thank you for your co-operation.

CONTACT INFORMATION

Regional Health and Social Services Board of

_____

RESPONDENT

Name: _____

Position: _____

Telephone: _____

Address: _____

_____

_____

ATTACHMENTS

Please indicate yes or no

Questionnaire: _____

Organizational chart for the regional board: _____

Mandate of the status of women coordinator: _____

1999–2002 three-year plan: _____

List of participants in the consultations on the 1999–2002 plan: _____

Thank you for your co-operation

APPENDIX C: SITUATION OF STATUS OF WOMEN COORDINATORS AND ADVISORY COMMITTEES IN THE REGIONAL HEALTH AND SOCIAL SERVICES BOARDS

Regional boards	01 Bas-Saint-Laurent	02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	03 Québec	04 Mauricie-Centre-du-Québec
Coordinator	Yes	No	Yes	Yes
Date of creation or *previous dates*	1984	*1984–1988*	1980	1994
% of time on status of women portfolio	2%		20%–50%	100%
Main files	• Support to community organizations • Advisory committee		• Women's living conditions • Violence against women	• Advisory committee • Violence against women • Midwives
Status of women advisory committee	Yes	Yes	Yes	Yes
Committee created by	request of women's groups	the regional board	the regional board at the request of women's groups	the regional board
Date of creation or *previous dates*	1997	1994	1994	1994
Number of members	10 people	13 people	10–15 people	14 people
Appointed by	7: women's groups 2: regional board 1: Conseil du statut de la femme	Regional board calls for nominations from women's groups.	Members appointed by the regional board based on their expertise	Call for nominations and selection committee. Appointed by the executive council of the regional board.

Regional boards	05 Estrie	06 Montréal-Centre	07 Outaouais	08 Abitibi-Témiscamingue
Coordinator	Yes	No	Yes	Yes (2)
Date of creation or *previous dates*	1985	*1985–1996*	1996	1995/1999
% of time on status of women portfolio	???		30%	30%
Main files	• Violence against women • Collaboration with women's groups		• Advisory committee • Services in English • Shortcomings	• Violence against women • Living conditions of women
Status of women advisory committee	Yes	No	Yes	A committee of the women's coalition plays this role.
Committee created by	the regional board		the regional board	the region's coalition of women
Date of creation or *previous dates*	1986		1996	1990
Number of members	10 people		8 people	12 people
Appointed by	the board selecting from categories: institutions, women's groups		4: women's groups 3: institutions of the network, board's assistant executive director	women's groups

Regional boards	09 Côte-Nord	10 Baie-James-Nord–Québec	11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	12 Chaudière-Appalaches
Coordinator	No	No	Yes	Yes
Date of creation or *previous dates*		*1993–1999*	1992	1996
% of time on status of women portfolio	???		20%	10%
Main files	• Perinatal care • Violence against women • Sexual assault		• Alcoholism, drug abuse • Violence against women • Support to community organizations	• Violence against women • Sexual assault
Status of women advisory committee	No	No	Yes	A committee of the coalition of women's groups plays this role.
Committee created by	The women's coalition participates in various committees of the board.			
Date of creation or *previous dates*			1997	1996
Number of members			9 people	
Appointed by			the regional committee of women's groups	representation from women's groups

Regional boards	13 Laval	14 Lanaudière	15 Laurentides	16 Montérégie
Coordinator	No	Yes	Yes	Yes
Date of creation or *previous dates*		1995	1986	1999 The file has changed hands often.
% of time on status of women portfolio		60%	???	5% (1 day per month)
Main files		• Youth, family • Violence against women • Women's living conditions • Alcoholism, drug abuse • Mental health, suicide	• Services to seniors • Home care (transfer under study) • Info-Health and shortcomings	• Violence against women • Sexual assault • Abuse and neglect
Status of women advisory committee	Women's health programming committee	Yes	Yes	No
Committee created by	the regional board	the regional board	the regional board	
Date of creation or *previous dates*	1997	1997	1986 1997 in its present form	
Number of members	8 people	12 people	8 people	
Appointed by	women's groups, institutions or at the board's invitation	board's programming department on the recommendation of institutions and community groups	4: women's groups 1: LCSC 1: general hospital 1: CSF 1: regional board	

APPENDIX D: QUESTIONNAIRE FOR DISCUSSION GROUP PARTICIPANTS

HEALTH AND SOCIAL SERVICES REGION:

_____

1. How long has your organization existed?_____

2. What is your organization's main area of activity?_____

3. Approximately how many women are served by your organization in a year?_____

4. What is the size of your organization's annual budget?

Under $30,000	From $100,000 to $250,000
From $30,000 to $60,000	From $250,000 to $500,000
From $60,000 to $100,000	Over $500,000

5. In general, would you say that your organization serves MAINLY women with the following characteristics? (If checking off more than one characteristic, rank them starting from 1 for the most common characteristic.)

Age:	Under 25 25–50 50 and older	Income:	Low Middle High
Location:	Urban Rural	Origin:	Francophones from Quebec Anglophones from Quebec Immigrant women Others

6. Did you (or your organization) participate directly or indirectly in the regional board's consultations on the services organization plan for the 1998–2002 period?

YES NO DON'T KNOW

7. Have you (or your organization) received information on the services organization plan prepared by the Regional Health and Social Services Board for 1998–2002?

YES NO DON'T KNOW

If yes, specify by what means (you may check more than one line):

- Information pamphlet distributed by the board
- Information pamphlet distributed by a health or social services organization

- Information pamphlet distributed by a community organization
- Information meeting organized by the board
- Information meeting organized by the organization you represent
- Information meeting organized by a network of community organizations
- Media
- Other means (please specify)

If yes, are you using the information received in your work with women?

YES NO NOT APPLICABLE

8. Did you (or your organization) participate in activities organized by the regional board during 1999 or 2000?

YES NO DON'T KNOW

If yes, was it generally: – at the invitation of the board?
– at the request of your organization?
– don't know

Please specify the activity(-ies): _____

9. Overall, how would you rate contacts between your organization and the regional board?

Frequency:

Regular contact Occasional contact No contact

Quality of co-operation:

Very positive Quite positive Somewhat difficult Very difficult

Don't know

10. Have you (or your organization) ever been a member of the board of directors of a public health or social services organization (LCSC, general hospital, youth centre, residential facility)?

YES NO DON'T KNOW

If yes, specify: _____

11. Aside from the organization you represent, are there other community groups active in health and/or social services in which you are personally involved?

If yes, specify: _____

12. Based on your experience, what are the main health or social problems experienced by women in your region?

(A) _____

(B) _____

(C) _____

Comments

_____

_____

_____

_____

Thank you for your co-operation.

APPENDIX E: INTERVIEW GUIDES

THEME	QUESTIONS
1. Perception of the role of the board of directors in preparing and monitoring the consolidation plan	(a) Can you define the responsibility and/or contribution of the board of directors in preparing the services consolidation plan? In consulting the public? - Please characterize the relations between the members of the board of directors and the staff of the regional board in the various stages of (1) preparing the plan and (2) consulting the public (decision-making support mechanisms) (b) How is the board of directors informed about implementation of the consolidation plan? - To your knowledge, is the consolidation plan used as a reference in decision making on how to organize services in the regional board? Among health and social services delivery partners in the region?
2. Perception of the regional board's consultation mechanisms (4–5)	(a) As a community representative, how do you evaluate the public consultations on the consolidation plan? - What were the barriers and facilitating mechanisms with regard to participation by the public, notably women, in these consultations? (b) Since the consultations, has the regional board used other methods to consult the public? In what context? If applicable, how do you evaluate these various consultation mechanisms?
3. Perception of the internal operation of the board of directors	(a) In the day-to-day work of the board of directors, how are decisions made (vote/consensus/approval)? What is the role of the chair of the board of directors? Of the executive council? - Does the board of directors have subcommittees? If applicable, what are their responsibilities? - What are the facilitating factors and the problems associated with decision making in the board of directors?
4. Perception of participation of the public at the board of directors	(a) What is your assessment of participation of the public—particularly women—from various communities in meetings of the board of directors? Normally, is there significant attendance? Normally, is question period used? (b) In your opinion, what are the outcomes of this participation? - Based on your perception, does the fact that sessions are public have an impact on the board of directors' decision making?
5. Perception of relations of the board of directors with partners	(a) Besides meetings of the board of directors, what are the channels for relations between the members of the board of directors of the regional board and partners from the institutions of the health and social services network? the community? other sectors of society? (b) Do you personally maintain relations with some of these partners?
6. Perception of the regional board's powers and constraints (6)	(a) What is your perception of the flexibility that the board of directors has regarding decisions on the services consolidation plan in relation to the orientations of the Ministère de la Santé et des Services sociaux?
7. Perception of the consideration of gender differences by the regional board (3)	- To your knowledge, what are the programs and services dealing in particular with the health and well-being of women in the consolidation plan? - To your knowledge, is the regional board's consolidation plan supported by an analysis of gender differences? Did the regional board use data specific to the status of women? - In your opinion, has the regional board taken steps to consider the specific needs of women in services planning and organization? Is it taking into account the diversity of the female population?

	- As a member of the board of directors, were you informed about the action plan of the Ministère de la Santé et des Services sociaux on the health, well-being and living conditions of women?
8. Perception of the primary needs of women in the region (1)	(a) To your knowledge, what are the main health and social problems of women in the region? - What are the main successes and challenges in meeting these needs? (b) What are the special circumstances of certain women's groups that require attention by the regional board?

GUIDE FOR INTERVIEWS WITH STATUS OF WOMEN COORDINATORS IN REGIONAL BOARDS	
THEMES	**QUESTIONS**
1. Clarification of mandate and internal operation	a) Mandate and level of the status of women coordinator. b) Communications network with various internal bodies: examine the routing of a file and the mechanisms for introducing gender-based analysis. c) Links with the 1998–2002 consolidation plan.
2. Perception of communications with women's groups	a) General methods of communicating with women's groups and/or networks. What are the benefits and challenges of the partnership in terms of processes? in terms of results? b) If there is an advisory committee: Identify method of appointment, mandate, frequency of meetings, operating procedures (priorities, agenda, measures for facilitating participation, follow-up on decisions). c) Other occasional contacts: Identify which files, the programs involved, the main partners in the network, and the community.
3. Perception of the powers and constraints of the regional board (6)	a) What is your perception of the role of the regional board in terms of departmental orientations? in terms of the MSSS action plan on the status of women? b) What is your perception of the role of the regional board in terms of the network's institutions? in terms of community organizations working with women?
4. Perception of the consideration of gender differences by the regional board (3)	a) What are the regional board's main activities or programs with regard to status of women? Does the regional board have specific data on the status of women? Overall, how does the regional board take into account the specific needs of women in the planning and organization of services?

GUIDE FOR INTERVIEWS WITH KEY REGIONAL BOARD RESPONDENTS	
THEMES	**QUESTIONS**
Mandates and responsibilities in regional planning	Please define the responsibility and contribution of the various entities of the regional board in decisions relating to the services consolidation plan. - Define the role of the board of directors, internal departments, ad hoc committees, etc. - What were the dealings with the Ministère de la Santé et des services sociaux in preparing the services consolidation plan?
Types of information used in support of planning	What were the main information sources used in developing the consolidation plan? - Specify the relative importance of reports/evaluations, health and social data, use data, and opinion surveys, if applicable. - What were the health determinants taken into consideration in analyzing the information? - In general, what means did the regional board use to take into account gender differences and population diversity in its decisions?
Public participation in regional planning	How does the regional board assess the means used to consult the public? - In your opinion, did the consultations make it possible to have a comprehensive view of the expectations of the region's population, or to determine whether services were appropriate to the diverse needs? - What might have impeded or facilitated the public's participation in these consultations? - What means did the regional board use to inform the public about the consultations? Did the regional board use special means to reach certain segments of the population? - How was the input from the consultations used in developing the regional board's consolidation plan?

GUIDE FOR DISCUSSIONS WITH WOMEN'S GROUP REPRESENTATIVES	
THEMES	**QUESTIONS**
Perception of the main needs of women in the region	1. Based on your experience, what are the main health and social problems of women in your region? - Are there special circumstances for certain women in your region?
Perceptions of whether services are appropriate for the needs of women in the region	2. To your knowledge, do the region's health and social services respond appropriately to the needs of women in your region? - What aspects need to be developed or changed in the operation of health and social services to respond more appropriately to the needs of women in your region? - Are there special circumstances for certain women in your region?
Perceptions of the consideration of gender differences by the regional board	3. In your view, how does the regional board take into account the specific needs of women in the planning and organization of health and social services? - How does it take into account the diversity of the population and the special circumstances of some women?
Perception of the regional board's consultation mechanisms in developing the consolidation plan	4. To your knowledge, did the regional board develop mechanisms to facilitate the participation of women or women's organizations in preparing its 1998–2002 consolidation plan? - If yes, what mechanisms did it develop? (e.g. support documents, preparation time lines, reimbursement of travel or child care expenses, special methods of communication, translation, etc.) - Were there barriers to the participation of women or women's groups? If yes, what were they? - Would you have ways to suggest for facilitating the participation of women or women's groups in these consultations?
Perception of the regional board's other methods of consultation	5. Outside the consultations on the 1998–2002 consolidation plan, in what other circumstances has your organization been invited by the regional board to offer its opinion on the organization and/or evaluation of specific programs or projects? - In what way did you participate? - What is your assessment of the consultations in terms of opportunities for participation?
Perception of the regional board's powers and constraints	6. Based on your experience, how do you see the role of the regional board in the organization of health and social services in your region in relation to the role of the Ministère de la Santé et des Services sociaux? - How do you see the board's role in relation to the role of the various organizations that provide health and social services (hospitals, LCSCs, youth centres, residential centres, medical clinics, etc.)?
Overall assessment of findings	7. If applicable, can you identify the impact of your organization's participation in health and social services? - In your own organization?

BIBLIOGRAPHY

Armstrong, Pat. "The Context of Health Reform," prepared for Health Canada and the Centres of Excellence for Women's Health, Ottawa: Health Canada, 1999.

Armstrong, Pat, and Hugh Armstrong. *Wasting Away: The Undermining of Canadian Health Care,* Toronto: Oxford University Press, 1996.

Armstrong, Pat, Carol Amaratunga, Jocelyne Bernier, Karen Grant, Ann Pederson and Kay Wilson. *Exposing Privatization: Women and Health Care Reform in Canada,* Aurora, Ontario: Garamond Press, 2001.

Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS), Denise Côté, Éric Gagnon, Claude Gilbert, Nancy Guberman, Francine Saillant, Nicole Thivierge and Marielle Tremblay. *Who Will Be Responsible for Providing Care? The Impact of the Shift to Ambulatory Care and of Social Economic Policies on Quebec Women,* Ottawa: Status of Women Canada, 1998.

Bergeron, Pierre, and France Gagnon. "La prise en charge étatique de la santé au Québec," in *Le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux*, ed. Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin and Gérard Bélanger, Québec City: Presses de l'Université Laval, 1994.

Bernier, Jocelyne, and Marlène Dallaire. *What Price Have Women Paid for Health Care Reform? The Situation in Quebec,* Montréal: Centre of Excellence for Women's Health, 2000.

Bibeau, Gilles. "Le facteur humain en politique : application au domaine de la santé mentale," *Santé mentale au Québec,* Vol. XI, No. 1, 1984.

Bourbonnais, René, Monique Comeau and Centre de santé publique de Québec. *La transformation du réseau de la santé : mesure des caractéristiques du travail et de la santé des infirmières de l'agglomération de Québec,* Beauport, Quebec: Direction de la santé publique de Québec, 1998.

Broom, Dorothy. *The Genders of Health,* paper presented at the "Gender, Health and Healing: Reflection on the Public-Private Divide" conference, University of Warwick, National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University, 1999.

Canada. Health Canada. *Women's Health Strategy,* Ottawa: Department of Public Works and Government Services, 1999.

Canada. Status of Women Canada. *Gender-Based Analysis: A Guide for Policy-Making,* Ottawa: Status of Women Canada, 1996.

Coalition féministe pour une transformation du système de santé et des services sociaux. *Pour des services sociaux et de santé adaptés aux attentes des femmes,* Cahier de revendications, Montréal: Coalition féministe, 1998.

Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Rochon Commission). *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux,* Québec City: Publications du Québec, 1988.

Conseil régional de développement de l'Île de Montréal (CRDÎM) and Relais-Femmes. *Pour un développement égalitaire sur l'île de Montréal : l'analyse différenciée selon le sexe,* Montréal, CRDÎM and the Ministère des Affaires municipales et de la Métropole, 2000.

Contandriopoulos, André-Pierre. *Coûts et équité des systèmes de santé,* Montréal: Département d'administration de la santé and Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, 1991.

Couillard, Marie-Andrée, and Ginette Côté. *Les groupes de femmes de la région de Québec et l'implantation de la régie régionale de la santé et des services sociaux,* Québec City: Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval, 1997.

Deber, Raisa, and B. Swan. "Puzzling Issues in Health Financing," in *Striking a Balance: Health Care Systems in Canada and Elsewhere,* National Forum on Health, Sainte-Foy, Quebec: Éditions MultiMondes, 1998.

Evans, Robert G., and Greg L. Stoddart. *Producing Health, Consuming Health Care,* Population Health Working Paper 6, Toronto: Canadian Institute for Advanced Research, 1990.

Evans, Robert G., Morris L. Barrer and Theodore Marmor. *Why Are Some People Healthy and Others Not? The Determinants of Health of Populations,* New York: De Gruyter, 1994.

Forest, Pierre-Gerlier, Susan Bryson and Jacques Lorion. "La participation des citoyens à l'administration des services de santé," in *Le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux,* ed. Vincent Lemieux, Pierre Bergeron, Clermont Bégin and Gérard Bélanger, Québec City: Presses de l'Université Laval, 1994.

Forest, Pierre-Gerlier, Julia Abelson, François-Pierre Gauvin, Patricia Smith, Élisabeth Martin and John Eyles. *Participation de la population et décisions dans le système de santé et de services sociaux du Québec,* report, Québec City: Département de science politique and Groupe de recherche sur les interventions gouvernementales, Université Laval, 2000.

Fortin, M.F. *Le processus de recherche. De la conception à la réalisation,* Montréal: Décarie Éditeur, 1996.

Fournier, Danièle, Jean-François René, Suzanne Garon, Annie Fontaine, Josée Chenard and Christine Lefebvre. "La dynamique partenariale sur les pratiques des organismes communautaires dans le contexte de la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux," *Nouvelles pratiques sociales,* Vol. 14, No. 1 (June 2001), Québec City: Presses de l'Université du Québec, 2001.

Godbout, Jacques. *La participation politique : leçons des dernières décennies,* Québec City: Institut québécois de recherche sur la culture, 1991.

Guberman, Nancy, Pierre Maheu and Chantal Maillé. *Et si l'amour ne suffisait pas... Femmes, familles et adultes dépendants,* Montréal: Éditions du Remue-Ménage, 1991.

Guberman, Nancy, J. Broué, J. Lindsay and L. Spector. *Le défi de l'égalité. La santé mentale des hommes et des femmes,* Québec City: Gaëtan Morin éditeur, 1993.

Guyon, Louise. *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes,* Québec City: MSSS, 1996.

Hagan, Louise, Diane Morin and Rachel Lépine. *Évaluation provinciale des services Info-Santé CLSC. Perception des utilisateurs,* Sainte-Foy, Quebec: Université Laval, 1998.

Horne, Tammy, Lisa Donner and Wilfreda E. Thurson. *Invisible Women: Gender and Health Planning in Manitoba and Saskatchewan and Models for Progress,* Winnipeg: Prairies Women's Health Centre of Excellence, 1999.

Kurtzman, Lyne, and Micheline de Sève, eds. *L'analyse différenciée selon les sexes : approches gouvernementales et paragouvernementales. Nouveaux enjeux, nouvelles stratégies en vue d'instaurer l'égalité entre les hommes et les femmes.* Démarche de formation des formatrices. Document 1 : Introduction générale à l'ADS, Montréal: Service aux collectivités de l'Université du Québec à Montréal and Alliance de recherche IREF/Relais-femmes in collaboration with the Centre d'organisation mauricien de services et d'éducation populaire, 2001.

Lamoureux, Jocelyne. *Le partenariat à l'épreuve,* Montréal: Éditions Saint-Martin, 1994.

Latérière, Hélène, and Ginette Voyer. "Femmes et lieux de pouvoir régionaux : une présence à raffermir," in *Du local au planétaire. Réflexions et pratiques de femmes en développement régional,* ed. Denyse Côté, Monique des Rivières, Nicole Thivierge and Marielle Tremblay, Montréal: Éditions du Remue-Ménage, 1995.

L'R des centres de femmes du Québec. *Femmes, santé et régionalisation : visionnaires et partenaires,* Cahier-synthèse des séminaires, Montréal: L'R des centres de femmes, 1997.

Marshall, Catherine, and Gretchen Rossman. *Designing Qualitative Research,* 2nd ed., Thousand Oaks, California: Sage Publications, 1995.

Masson, Dominique. "Gouvernance partagée, associations et démocratie : les femmes dans le développement regional," *Politique et Sociétés,* Vol. 20, Nos. 2–3, Montréal: Université du Québec à Montréal, 2001.

Messing, Karen. *One-Eyed Science: Occupational Health and Women Workers,* Philadelphia: Temple University Press, 1998.

Patton, M.Q. *Qualitative Research and Evaluation Methods,* 2nd ed., Newbury Park, California: Sage Publications, 1990.

Quebec. Health Network Portal, "Regional health and social services boards," www.gouv.qc.ca/Vision/Sante/Sante_en.html, updated October 28, 2002.

———. *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives [Act respecting Health Services and Social Services and other legislative provisions],* c. S-4.2, annotated version, 1993, Montréal: Wilson & Lafleur Ltée, 1991.

Quebec. Conseil du statut de la femme du Québec (CSF). *Virage ambulatoire : le prix caché pour les femmes,* researched and written by Marie Moisan, Québec City: CSF, 1999a.

———. *Commentaires sur le Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998–2002 : le défi de l'accès de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre,* researched and written by Mariangela Di Domenico, Québec City: CSF, 1999b.

———. *Document de réflexion sur l'intégration des femmes et des dossiers de condition féminine dans les structures décentralisées,* researched and written by Mariangela Di Domenico, Québec City: CSF, 1995a.

———. *État de situation sur le mandat de condition de vie des femmes au sein des régies régionales de la santé et des services sociaux,* written by Hélène Latérière, Québec City: CSF, 1995b.

———. *Commentaires et propositions du Conseil du statut de la femme sur les orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux. Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec,* Québec City: CSF, 1989.

Quebec. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Orientations ministérielles sur les services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie,* Québec City: MSSS, 2000a.

———. "Pour une politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de soutien aux proches," report from the Comité pour la révision du cadre de référence sur les services à domicile, Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation, Québec City: MSSS, 2000b.

———. *Orientations gouvernementales en matière d'agression sexuelle*, Québec City: MSSS, 2000c.

———. *Plan d'action 1997-2000 : Santé, bien-être et conditions de vie des femmes*, Québec City: Publications du Québec, 1998.

———. *Priorités nationales de santé publique : 1997-2002*, Québec City: Publications du Québec, 1997a.

———. *Écoute-moi quand je te parle*, report from the Comité de travail sur les services de santé mentale offerts aux femmes, researched and written by Nicole Gauthier, Marie Leclerc and Marie-Thérèse Roberge, Québec City: Publications du Québec, 1997b.

———. *Derrière les apparences. Santé et conditions de vie des femmes*, researched and written by Louise Guyon, Québec City: MSSS, 1996.

———. *Politique d'intervention en matière de violence conjugale : prévenir, dépister, contrer la violence conjugale*, Québec City: MSSS, 1995a.

———. *Orientations ministérielles en matière de planification des naissances*. Québec City: MSSS, 1995b.

———. *Défi qualité-performance : stratégie triennale d'intervention 1994-1997*, Québec City: MSSS, 1994.

———. *Politique de périnatalité*, Québec City: MSSS, 1993.

———. *Policy on Health and Well-Being*, Québec City: Publications du Québec, 1992.

———. *Orientations en matière de condition féminine au Ministère de la santé et des services sociaux*, 1992-2000, Québec City: MSSS, 1991.

Quebec. Secrétariat à la condition féminine. *Programme d'action 1997-2000 pour toutes les Québécoises*, Québec City: Publications du Québec, 1997a.

———. *La place des femmes dans le développement des régions – 5e orientation*, Québec City: Publications du Québec, 1997b.

———. *Sharing a Future: Policy Statement on the Status of Women*, Québec City: Secrétariat à la condition féminine, 1993.

Rankin, Pauline, and Jill Vickers. *Women's Movements and State Feminism: Integrating Diversity into Public Policy,* Ottawa: Status of Women Canada, 2001.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre [Regional Health and Social Services Board]. "Conditions de vie des femmes. État de situation," Montréal, Régie régionale, 2001.

Regroupement des organismes communautaires de la région 03 (ROCQ-03). *Le pelletage des établissements publics... les communautés et les organismes communautaires en ont plein le dos!* Québec City: ROCQ-03, 1997.

Regroupement intersectoriel des organismes communautaires de Montréal (RIOCM). "Rapport des élues et élus du communautaire au conseil d'administration de la Régie régionale de Montréal-Centre," Montréal: RIOCM, 2000.

———. *Leur équilibre, notre déséquilibre. Rapport d'enquête sur les impacts de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux à Montréal,* Montréal: RIOCM, 1998.

Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF). *Cadre de référence : la santé des femmes au Québec,* Montréal: RQASF, 1999.

Standing, Hillary. "Framework for Understanding Gender Inequalities and Health Sector Reform: An Analysis and Review of Policy Issues," Institute of Development Studies, University of Sussex, 1999.

———. "Gender and Equity in Health Sector Reform," *Health Policy and Planning,* Vol. 12, No. 1, Oxford University Press, 1997.

Stewart, Donna. "Depression, Anxiety and Gender," document prepared for the Canada/ USA Women's Health Forum, Ottawa, 1996a.

———. "Women and Heart Disease," document prepared for the Canada/USA Women's Health Forum, Ottawa, 1996b.

Teghtsoonian, Katherine. *Centring Women's Diverse Interests in Health Policy and Practice: A Comparative Discussion of Gender Analysis,* Halifax: Maritimes Centre of Excellence for Women's Health, 1999.

Tremblay, Mireille. "Une démocratie en santé : utopie ou réalité?" in *La réforme de la santé au Québec,* ed. Pierre Fortin, Cahiers de recherche éthique, No. 22, Saint-Laurent: Éditions Fides, 1999.

Turgeon, Jean, and Hervé Anctil. "Le ministère et le réseau public," in *Le système de santé au Québec : organisation, acteurs et enjeux,* ed. Vincent Lemieux, Pierre Bergeron,

Clermont Bégin, and Gérard Bélanger, Québec City: Presses de l'Université Laval, 1994.

Turgeon, Jean, and Vincent Lemieux. "La decentralisation : panacée ou boîte de Pandore ?" in *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*, ed. Clermont Bégin, Pierre Bergeron, Pierre Gerlier-Forest and Vincent Lemieux, Montréal: Presses de l'Université de Montréal, 1999.

Vancouver/Richmond Health Board. "Women's Health Planning Project. Final Report," Vancouver: Vancouver/Richmond Health Board, 2000.

Vissandjée, Bilkis, N. Leduc, S. Gravel, M. Bourdeau and P. Carignan. "Promotion de la santé en faveur des femmes immigrant au Québec," *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Vol. 46, No. 2, 1998.

Williams, Wendy. *Will Government Use of Gender Based Analysis Result in Policies That Reflect the Diversity of Women's Lives?* Halifax: Maritime Centre of Excellence for Women's Health, 1999.

Yin, Robert K. *Case Study Research Design and Methods*, Newbury Park, California: Sage Publications, 1989.

Zambrana, R. "A Research Agenda on Issues Affecting Poor and Minority Women: A Model for Understanding Their Needs," *Women and Health*, No. 12, Haworth Press, 1988.

NOTES

[1] The reform of Quebec's health and social services system in the 1990s is often referred to as the "shift to ambulatory care." This reorganization is discussed in Chapter 2.

[2] This is the second series of regional services organization plans produced by the RHSSBs.

[3] The Government of Quebec adopted an integrated health and social services policy with the passage of the *Health Insurance Act* in 1970 and the *Act respecting Health Services and Social Services* in 1971.

[4] The *Programme d'action 2000-2003 : l'égalité pour toutes les Québécoises* also refers to this context to explain the shift in services organization (pp. 89–90).

[5] This Commission, created in 1985 by the Quebec government to review the orientation and organization of the network, was chaired by Jean Rochon, who was later appointed Ministre de la Santé et des Services sociaux.

[6] With the creation of the RHSSBs, the Quebec government redefined the health and social services regions. The RHSSBs of Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, Laurentides, Lanaudière, Laval and Montérégie were created by subdividing the territory of the regional health and social services councils that had existed prior to this reform. However, a health and social services council serving the Cree communities of Northern Quebec was retained.

[7] Essentially, we focus on the regional services organization plans (RSOPs), even though the expressions "transformation plan" or "consolidation plan" are used throughout the text, depending on the regions and periods concerned.

[8] These reductions affected the Canada Assistance Plan (CAP), which covered part of the costs of social assistance programs and certain social services programs, and the Established Programs Financing (EPF), in place since 1977 to share the costs of provincial health and post-secondary education programs. Both of these programs were abolished in the 1995 federal budget and replaced by the Canada Social Transfer, with a major reduction in federal transfer payments.

[9] The idea that governments must have internal mechanisms to improve the status of women was presented for the first time at the International Women's Year World Conference on Women, held in Mexico City in 1975. See Williams, 1999, on this topic.

[10] Other provincial governments have moved in the same direction, notably the Ministry of Women's Equality in British Columbia (1997). For a comparative analysis of the initiatives of the governments of Canada and Quebec, see Kurtzman and de Sève, 2001.

[11] The Government of Quebec has prepared a 2000–03 action plan that extends this project but it was developed after the health and social services planning exercise examined in this study, which covers the 1998–2002 period.

[12] The interdepartmental committee formed in 1997 included the Secrétariat à la condition féminine, the Ministère du Conseil exécutif, the Secrétariat du Conseil du Trésor, the Ministère de la Santé et des Services sociaux and the Ministère des Finances.

[13] The regional committee of women's groups in Region D objected to a proposal of this nature made by the RHSSB concerning distribution by the government of funds from fines imposed on the nurses' union (FIIQ) following its "illegal" walkout in 1998—funds that were to have been distributed to women's groups.

[14] The RHSSB for Nunavik and the Cree Board of Health and Social Services of James Bay were not studied because of the special features of the health and social services network in these areas.

[15] In Region C, the information from the RHSSB and the regional coalition of women's groups indicated that there was no status of women coordinator at the time of contact. Subsequently, during the study, discussions began between the RHSSB and the regional networks of women's groups concerning the creation of such a position within the RHSSB structure.

[16] One RHSSB reporting that it did not have a status of women coordinator officially assigned this mandate to one of its officers while the study was under way.

[17] The initial plan called for individual interviews with women who had participated in the consultation or decision-making process of each of the RHSSBs, in order to identify successes and barriers encountered in their participation experience. During the study, we determined that the RHSSB consultations on the RSOPs might have gone back as far as 1997 and that several of the spokespersons were referring more often to more recent consultations, that is, those held as part of a review of a particular policy (e.g. mental health or sexual assault), or else those that were part of a commission of inquiry into health and social services (Clair Commission), which preceded our interviews by a few weeks. Comments on other consultations were not included in our analysis.

[18] Several lists were first cross-checked: member groups of the committee of women's groups in each region; women's groups listed by the Conseil du statut de la femme du Québec; and women's groups that are members of the regional coalitions of community organizations funded by the RHSSBs through the Community Organizations Support Program.

[19] In one region in particular, the discussion group was held at the same time as provincial action by women's centres, which reduced participation in the discussion group.

[20] This was the coordinator of the committee of women's groups in the region—also a member of the regional board's board of directors.

[21] Although there are some differences in the various RSOPs, generally the plans contain continuums for physical health, mental health, home support or services for seniors, children and youth, physical or mental disabilities, and alcoholism or drug abuse.

[22] In the case of the *Orientations en matière de planification des naissances* (Quebec, MSSS, 1995b), it should be noted that one of the objectives is reducing teen pregnancies.

[23] The Aboriginal population numbers slightly over 70,000 in Quebec. It is present in several regions, with larger representation in Côte-Nord, Montérégie, Abitibi, Lac-Saint-Jean, Mauricie and Gaspésie. In addition, the takeover by Aboriginal communities of their own health care was the subject of negotiations between First Nations and the federal and provincial governments and is in place in various communities, notably in response to the Erasmus-Dussault Commission. The RHSSB of Baie-James (Nord-du-Québec) serves the non-Aboriginal population only because the Cree population is served by its own health and social services network.

[24] The 1995 CSF survey (Quebec, CSF, 1995) listed advisory committees in the RHSSBs of Saguenay-Lac-Saint-Jean, Québec, Mauricie-Bois-Francs, Estrie, and Abitibi-Témiscamingue. The table in Appendix C presents the situation at the time of our study.

[25] These are the RHSSBs of Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, Chaudière-Appalaches, Laval, Laurentides and Lanaudière; the Montérégie RHSSB is the exception. The RHSSBs of Bas-Saint-Laurent and the Outaouais, which did not have a status of women advisory committee in 1995, have since formed one.

[26] The Association féminine d'éducation et d'action sociale (AFÉAS) consists of 450 local groups across Quebec. It is a movement of mutual aid, exchange and solidarity that champions the rights and claims of women before various entities.

[27] The satisfaction of women with the LCSC Info-Health service and its high rate of use by women are consistent across Quebec: eight of 10 people using the service are women (Hagan et al., 1998).

[28] Negative comments were received about the consultations connected with the commission of inquiry into health and social services (Clair Commission), which conducted a round of consultations during the time of our study.

[29] The regional committee of women's groups is seeking resources from the RHSSB so that every shelter for women victims of violence can hire an Aboriginal worker to better communicate with women from these communities calling on their services.

[30] Prior to the changes under Bill 28, adopted in June 2001, the board of directors of an RHSSB, under the *Act respecting Health Services and Social Services*, (RSQ, c. S-4.2), was

composed of eight people representing health and social services institutions, four representing community organizations, four representing socio-economic groups in the region, the municipal and school community, a few co-opted members, and the president of the regional medical commission, as well as the president or executive director of the RHSSB.

[31] The briefs were presented by a coalition of shelters and transition homes for women who are victims of spousal violence, by a support group for women with AIDS, and by a university research centre on women's health. Other briefs dealt with women's health but it was not their main topic.

[32] For example, three committees dealing with violence against women existed simultaneously in the region, bringing together virtually the same people—a situation arising from the dynamics within the region.

[33] We were told that about 1,000 invitations were sent out to various partners in the region to take part in the consultations.

[34] In fact, the reference is to the *Priorités nationales de santé publique 1997-2002* (Quebec, MSSS, 1996).

[35] Several respondents mentioned that there had previously been participatory structures based on seven sub-regional committees composed of people representing the health network, the community and cross-sectoral partners. According to one RHSSB officer, an external assessment found that the mandate of these committees was too broad and conflicts arose, notably around issues of budget distribution, which led to the withdrawal of some institutions from the committees and a weakening of these structures.

[36] Reflected in particular are policies on violence against women and the breast cancer screening program. Another example would be the "Naître égaux – Grandir en santé" program, which targets the well-being of newborns in families at risk.

[37] MSSS developed monitoring indicators for the Policy on Health and Well-Being (Quebec, MSSS, 1998), and several RHSSBs did the same to ensure follow-up on the RSOPs and the shift to ambulatory care.

[38] The reference is to amendments to the *Act to amend the Act respecting Health Services and Social services and other legislative provisions* (RSQ, c. S-4.2).

[39] Lists of people are provided by socio-economic organizations and the RCMs (4 positions), health institutions (3 positions), community organizations (1 position), organizations in the education field (1 position), organizations in the union field (1 position), plus the regional medical commission (1 position), the regional nursing commission (1 position) and the multidisciplinary board (1 position), regional professional bodies, and the board of directors (2 positions).

[40] The proportion of women in the RHSSB boards of directors, appointed by the Minister, has climbed from 36 per cent to 49 per cent. Since the change occurred in December 2001, it was not possible to take it into consideration in the context of this study.

Projects Funded Through Status of Women Canada's Policy Research Fund Call for Proposals **Where Have All the Women Gone? Changing Shifts in Policy Discourses**

School Success by Gender: A Catalyst for the Masculinist Discourse
Pierrette Bouchard

A Motherhood Issue: Discourses on Mothering Under Duress
Lorraine Greaves, Colleen Varcoe, Nancy Poole, Marina Morrow, Joy Johnson, Ann Pederson and Lori Irwin

The Participation Experience of Women's Groups in Regional Health and Social Services Planning in Quebec
Bilkis Vissandjée

The Framing of Poverty as "Child Poverty" and Its Implications for Women
Wanda Wiegers